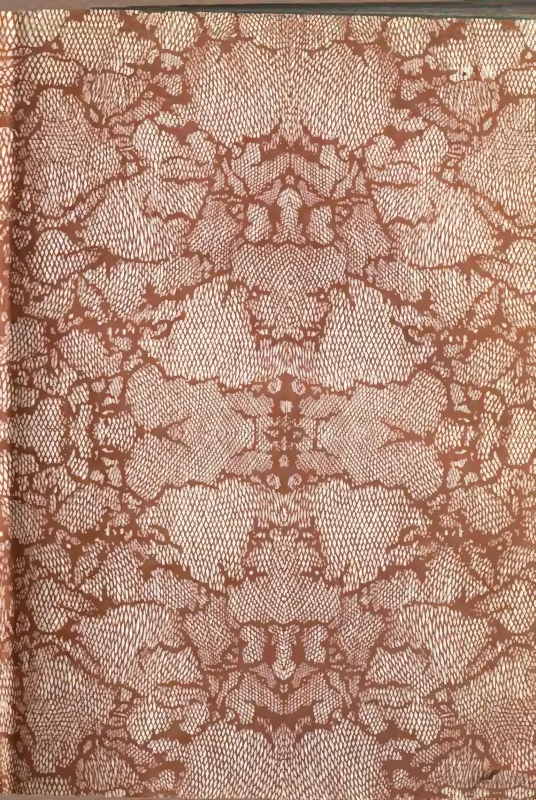








223-2.7.2

BIBLIOTECA MEDICA CONTEMPORANEA

LEZIONI
SULLE
MALATTIE DELLE DONNE

DEL DOTTOR
CARLO WEST

Membro del Collegio Reale Medico; Esaminatore in Ostetricia all'Università di Londra;
Medico all'Ospitale dei Bambini malati; e già Medico ostetricante degli Ospitali di San Bartolomeo e di Widdowson

PRIMA VERSIONE ITALIANA
SULLA TERZA EDIZIONE INGLESE
DIRETTA E CORREDATA DI AGGIUNTE E NOTE

DAL DOTTOR
MALACHIA DE-CRISTÓFORIS

Cas. dell'Ordine militare di Savoia, Medico primario presso l'Ospitale Maggiore di Milano,
già addetto al comparto delle malattie femminili

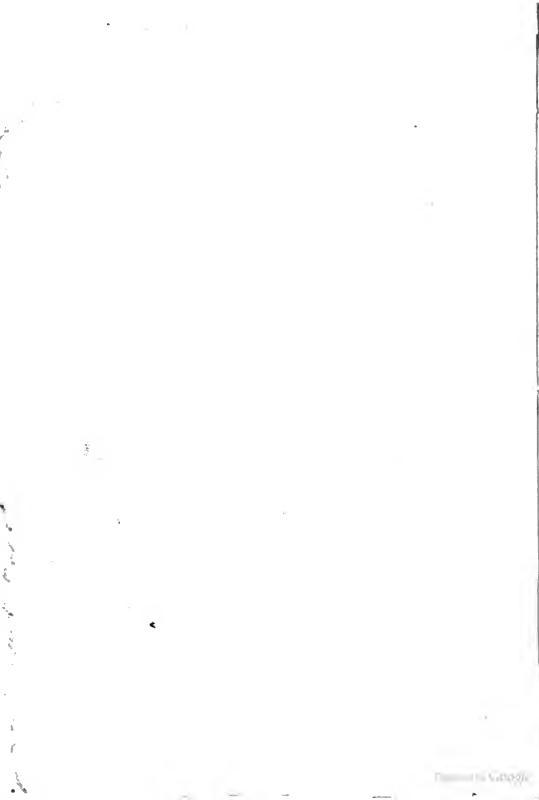
Edizione arricchita di FIGURE DIMOSTRATIVE in tavole
non esistenti nel testo inglese

CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI

NAPOLI — MILANO — BOLOGNA

Filiale di NAPOLI, Montedivoto 70.

LEZIONI
SULLE
MALATTIE DELLE DONNE.



203.2.7.3

LEZIONI

SULLE

MALATTIE DELLE DONNE

DEL DOTTOR

CARLO WEST

Membro del Collegio Reale Medico; Esaminatore in Ostetricia all'Università di Londra;
Medico all'Ospitale dei Bambini malati; e già Medico ostetricante degli Ospitali di San Bartolomeo e di Middlesex

PRIMA VERSIONE ITALIANA

SULLA TERZA EDIZIONE INGLESE

DIRETTA E CORREDATA DI AGGIUNTE E NOTE

DAL DOTTOR

MALACHIA DE-CRISTOFORIS

Cav. dell'Ordine militare di Savoia, Medico primario presso l'Ospitale Maggiore di Milano,
già addetto al comparto delle malattie femminili

Edizione arricchita di **FIGURE DIMOSTRATIVE** in tavole
non esistenti nel testo inglese

CASA EDITRICE

DOTTOR FRANCESCO VALLARDI

NAPOLI — MILANO — BOLOGNA

Filiale di NAPOLI, Monteciveto, 70.



PROPRIETÀ LETTERARIA

AL MEDICO FILOSOFO

SALVATORE TOMMASI

PRIMO A DETTARE ALL'ITALIANA GIOVENTÙ

LA DOTTRINA DEL VERO E DEL POSITIVO

IN MEDICINA

CON RIVERENZA ED AFFETTO

MALACHIA DE-CRISTOFORIS

DEDICA.



PREFAZIONE ALLA PRIMA EDIZIONE ITALIANA

Le parole che con squisita gentilezza mi diresse l'egregio Autore prof. West dopo che di persona gli presentai in Londra la traduzione delle prime lezioni tue, oltrechè giustificano il pensiero d'avervi fatte note ed aggiunte, liberamente dettate da ampia e continua pratica, mi sono largo compenso alla fatica spesa nel condurre a fine il lavoro.

Sommamente stimata questa fra tutte le opere di ginecologia, io la preseelsi anche pel carattere fisiologico e razionale di cui è tutta improntata, convinto che debba per questo lato riuscire utilissima alla studiosa gioventù nostra.

Milano, Luglio 1868.

D.^r M. De Cristoforis (London-Piccadilly
Bath-Hotel. 25)

Dear Sir

I have carefully looked over that portion of the translation of my lectures on the Diseases of Women, which you have been so good as to me.

I can but congratulate myself not only on the honour done me by a translation of my book into Italian, but still more on my good fortune in finding a translation who has seized so perfectly the meaning which I wished to convey.

The notes which you have added will much increase the usefulness of the book and I have the greatest pleasure in giving you the authorization to make and publish the translation which you have so well begun.

I have the honour to be.

London July 8, 1867.

Your very faithfully
CHARLES WEST
(61 Wimpole Str.)

Caro Signore

Ho riveduto con cura quella parte della traduzione delle mie lezioni *Sulle malattie delle donne* che avete la bontà di mostrarmi.

Non posso che congratularmi non solo dell'onore fattomi colla traduzione italiana del mio libro, ma ancor più, colla mia buona fortuna di trovare una traduzione che ha colto così bene il senso che io desiderava.

Le note che vi avete aggiunte aumentano di molto l'utilità del libro, e sento il maggior piacere nel darvi l'autorizzazione di fare e pubblicare la traduzione che avete così bene incominciata.

Ho l'onore di dirmi

Sinceramente Vostro
CARLO WEST



AL DOTTORE IN MEDICINA

PIETRO MERE LATHAM

MEDICO STRAORDINARIO DELLA REGINA
GIÀ MEDICO DELL'OSPITALE S. BARTOLOMEO
CHE PRIMO MI MOSTRÒ COME STUDIARE
E COME PRATICARE LA MEDICINA
CHE SPESSO MI GUIDÒ COL SUO CONSIGLIO
PIÙ SPESSO M'INSEGNÒ COL SUO ESEMPIO
E COLLA SUA INSTANCABILE CORTESIA
MI SPIANÒ LE PRIME DIFFICOLTÀ DELLA CARRIERA
AL MIO RISPETTABILE MAESTRO E GENEROSO AMICO
COLLA MAGGIOR GRATITUDINE ED AFFETTO
DEDICO QUESTO LIBRO.

PREFAZIONE ALLA TERZA EDIZIONE

Mutamenti portati al formato delle precedenti edizioni, mi diedero agio ad aumentare il materiale senza aggiungere mole al libro.

Le principali addizioni sono ai capitoli dell'Ematocele uterino e delle malattie delle Ovaie; in generale ho riveduto l'intera opera e fatte aggiunte là dove una maggiore esperienza aveva accresciute le mie cognizioni.

61 Strada Wimpole, Aprile 30, 1864.

PREFAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE

Il favore che incontrò la prima parte di queste lezioni ne rese già necessaria una seconda edizione. Abbisognò un tempo più breve di quanto prevedeva per adempiere il mio impegno e per completare il lavoro.

Molte cose che meritano un ampio sviluppo sono qui trattate leggermente, ed altre di natura puramente chirurgica sono completamente intralasciate, perchè non mi azzardai d'inseguire materia nella quale lo stesso sento di essere ancora nuovo, mentre ho sempre considerato che una pura compilazione, non suffragata da vaste esperienze, sia più adatta a perpetuare l'errore che a diffondere la verità.

Ma ho un dovere più piacevole che quello di confessare e scusare le mie mancanze. Un mio Collega all'Ospitale di S. Bartolomeo mi porse l'aiuto chirurgico quando mi fu necessario; e l'abile mano, il retto giudizio e la franca amicizia del dottor Paget mi sorressero in tali casi. Molte malattie, specialmente ovariche, osservammo e trattammo assieme, e le mie opinioni furono spesso modificate, e la mia condotta influenzata dai suoi suggerimenti. Ai miei lettori ne ridonda il beneficio, a me corre l'obbligo della riconoscenza e dei più sinceri ringraziamenti.

Strada Wimpole, Ottobre 1858.

PREFAZIONE DELLA PRIMA EDIZIONE DELLA PRIMA PARTE

Queste lezioni sono un acconto a scarico del debito che la opportunità di un Ospitale e la responsabilità di istruttore m'impongono.

Un secondo volume che tratterà di tutte le altre malattie del sistema muliebre comparirà entro tre anni da questa data se avrò forze e salute. Pubblicai questa parte separatamente perchè credo che gli studenti e i giovani praticanti abbisognino molto di tali malattie. Quasi ogni individuo prova più disturbi che compiacenza nel rivedere un lavoro pel quale ha consumato molto tempo e fatica, tanta in generale è la differenza tra il progetto e l'esecuzione. Quanto a me, mentre era occupato a queste lezioni, l'esitazione mi fu spesso penosa, e il sentimento d'imperfette cognizioni mi riuscì e mi riesce grave tuttora.

Però affido questo all'indulgente giudizio dei miei Colleghi, come raccolta dei risultati di dieci anni d'osservazione nei reparti di un Ospitale, e dell'onesto tentativo di raccogliere dall'accumulata esperienza d'ogni giorno qualcosa di più o di meglio per utilità di coloro che dipendono da me per essere guidati e coadiuvati.

Strada Wimpole, Aprile 1856.

INDICE DEI SOMMARI

LEZIONE I.

INTRODUZIONE.

Rivista degli oggetti già trattati nelle lezioni d'ostetricia. — Ragioni dell'aver posposto lo studio delle malattie delle donne. — Duplici cognizioni necessarie pel loro studio. — Pericoli ed errori risultanti dalla mancanza di esse. — Casi illustrativi. — SINTOMI di queste malattie DERIVANTI DA DISTURBO DI FUNZIONE, ALTERAZIONE DI SENSIBILITÀ E MUTAMENTO DI TESSITURA. — Considerazioni sui sintomi delle due prime classi. pag. 1

LEZIONE II.

INTRODUZIONE.

SINTOMI DELLE MALATTIE DEGLI ORGANI GENITALI derivanti da alterazioni di volume, di tessitura o situazione, da rilevarsi solo dall'esplorazione. — Riflessioni generali su tal soggetto. **ESPLORAZIONE TATTILE ED ISTRUMENTALE. — ESAME TATTILE DELL'ADDOME** per la vagina e pel retto. — **ESPLORAZIONE ISTRUMENTALE** col mezzo della sonda uterina; descrizione dell'istrumento e norme per la sua introduzione: esame collo specolo; varietà dello strumento; preceito della sua introduzione; apprezzazione del suo valore. » 2

LEZIONE III.

MESTRUAZIONE E SUOI DISORDINI.

Importanza dei disordini di mestruazione, tre varietà di questi. — Rapporto fra la pubertà tardiva ed i disordini mestruali.

AMENORREA — da CAUSE LOCALI, — mancanza congenita, — mala conformazione degli organi sessuali, — ritenzione dei menstrual per impedimento al loro scolo — DA CAUSE COSTITUZIONALI — sviluppo tardivo — influenze di pregresse malattie, — Sintomi; la clorosi d'onde derivi. — Condizione del sangue, — Conseguenze dell'amenorrea.

Trattamento. — Principi che devono regolarlo, riguardo alla salute generale, alle funzioni uterine. — Emorragie vicarie, loro significazione, modo di condarsi. — Importanza dell'abitudine in tutti gli sconcerti della funzione mestruale pag. 27

LEZIONE IV.

MESTRUAZIONE E SUOI DISORDINI.

Ancora sull'AMENORREA. — Soppressione del menstrual. — Loro cessazione prematura. — Irregolarità prima dell'estinzione finale della funzione. — Varie cause di sospensione dei catameni. — Trattamento.

MENORRAGIA. — Due cause principali di essa. — 1^a costituzionale; 2^a locale. — Illustrazioni di ciascuna. — Trattamento delle due classi di casi. — Precauzioni generali. — Casi richiedenti mezzi antiflogistici. — Casi richiedenti tonici ed astringenti. — Rimedi locali. — Condizioni che richiedono il tamponne e le iniezioni intrauterine. » 50

LEZIONE V.

MESTRUAZIONE E SUOI DISORDINI.

DISMENORREA — tre varietà di essa — neuralgica, congestiva, e meccanica. — Sintomi della forma neuralgica; della forma congestiva, talora accompagnata dall'espulsione di una membrana. — Rapporto fra la dismenorrea congestiva e la diatesi reumatica o gottosa. — Dismenorrea meccanica per costrizione della cervice dell'utero; caso raro.

Trattamento della forma neuralgica; sedativi vari e loro risultati comparativi — cura della forma congestiva; deplezione e modo d'applicare le mignatte — cura della varietà reumatica — della forma meccanica; cautele in riguardo alla cura » 83

LEZIONE VI.

MALATTIE DELL'UTERO.

Effetti immediati della gravidanza e del parto non ancora trattati, sebbene i loro effetti rimoti siano numerosi ed importanti.

INFIAMMAZIONE E PROCESSI AFFINI.

IPERTROFIA DELL'UTERO per dediente involuzione dopo il parto o l'aborto — per irritazione uterina. — Casi illustrativi e cure. — Ipertrofia parziale della cervice ; suoi effetti. — Trattamento; esportazione della cervice ingrossata, pericoli d'emorragia.	
INFIAMMAZIONE ACUTA ; sua rarità, sue cause, sintomi ed esiti.	
— Cura	pag. 105

LEZIONE VII.

AFFEZIONI INFIAMMATORIE DELL'UTERO.

INFIAMMAZIONE CRONICA. — Differenze d'opinioni quanto alla sua frequenza. — Influenza della scoperta dello speculo sulle opinioni a riguardo di essa. — Divergenza di vedute quanto alla frequenza di malattia uterina primaria; ragioni per adottare il lato affermativo della quistione.	
Teoria della dipendenza di pressochè tutte le malattie da infiammazione della cervice ed ulcerazione della bocca. — Descrizione dei caratteri delle ulcerazioni. — Influenza di tale opinione sulla pratica; discussione sulla sua esattezza e ragioni per rifiutarla. — Dannosa natura della pratica cui tale opinione conduce; spiegazioni ed indicazioni »	121

LEZIONE VIII.

AFFEZIONI INFIAMMATORIE DELL'UTERO.

INFIAMMAZIONE CRONICA E SUOI ESITI ; continuazione. — Prove della dipendenza generale dei sintomi dall'affezione del corpo dell'utero e indipendenza dall'ulcerazione dell'orificio. — Casi illustrativi. — Risposta alle obiezioni.	
Considerazione sull'ipotesi dell'affezione primaria del canal cervicale; e ragioni per dissentire da essa.	
Trattamento di questi casi; deplezione, sedativi mercuriali, e tonici. — Iniezioni vaginali. — Casi eccezionali richiedenti il trattamento locale dell'ulcerazione.	
Casi di leucorrea cervicale ; loro natura e trattamento	143

LEZIONE IX.

SPOSTAMENTI DELL'UTERO.

PROLASSO D'UTERO. — Ragioni della mobilità dell'utero e conseguente varietà di spostamenti a cui è soggetto. — Vari gradi di prolasso e disposizioni con cui si cerca di opporsi al suo accadere: sue cause, tendenza ad aumentare; cangiamenti nell'utero e nelle parti adiacenti.	
PROLASSO COMPLETO E PROCIDENZA.	
PROLASSO DELLA VAGINA. Suoi rapporti col prolasso dell'utero — può accadere assieme all'ipertrofia delle pareti del canale; peculiarità di questa forma, e ipertrofia della cervice che essa produce. — Prolasso della parete anteriore o posteriore con discesa della vescica e del retto; sue cause; carattere e modo di produzione . . . »	150

LEZIONE X.

SPOSTAMENTI D'UTERO.

PROLASSO D'UTERO. — **Sintomi del primo e secondo stadio;** dolore, sue cause e carattere; disordine delle funzioni uterine e della salute generale. — **Sintomi del terzo stadio;** influenza dello spostamento sugli organi adiacenti; difficoltà di riduzione della procidenza antica. — Descrizione e spiegazione dei sintomi particolari del prollasso di vescica e retto.

IL TRATTAMENTO DEL PROLASSO varia secondo le sue cause e il suo grado. Casi richiedenti o no sostegni meccanici; distinzione di essi; **pessari,** loro usi e varietà; **appoggi esterni e fasciature.** Riduzione manuale della procidenza; cautele circa la riposizione dell'utero; cura dell'ulcerazione della sua superficie. Considerazioni sulle operazioni per la sua cura radicale. Procidenza irreducibile; **estirpazione dell'utero** pag. 172

LEZIONE XI.

SPOSTAMENTI D'UTERO.

VERSIONI E FLESSIONI DELL'UTERO.

RETROVERSIONE dell'utero; la cognizione della sua esistenza nello stato non gestante comparativamente recente. — Sue cause e modo di sua formazione. — **Casi illustrativi.**

ANTIVERSIONE confusa spesso coll'antiflessione.

FLESSIONI DELL'UTERO — probabilmente più frequenti degli spostamenti di tutto l'organo, hanno sempre luogo in un punto, e per qual ragione; frequenza comparativa dell'ante e della retroflessione.

Nessuna disposizione alla guarigione spontanea; esistenza di adesioni e d'atrofia della parete uterina. — Influenza delle flessioni sull'utero sotto altri aspetti. ipertrofia dell'utero; costrizione dell'orificio interno, ecc.

Obliquità da malconformazione congenita » 195

LEZIONE XII.

DEVIAZIONI — SPOSTAMENTI D'UTERO.

VERSIONI E FLESSIONI DELL'UTERO.

SINTOMI. — Opinioni discordi sul loro conto; come possano in qualche modo conciliarsi — Sintomi accusati, non sempre dovuti a spostamenti. — Evidenza delle statistiche, produzioni di sintomi in relazione ad altre cause agenti sull'utero. — Enumerazione dei sintomi, ed esame a parte di ciascuno.

DIAGNOSI. — **Uso della sonda.**

TRATTAMENTO. — Schizzo storico dell'opinione e pratica in proposito. — **Sostegno eterico;** ragioni per rifiutare i congegni meccanici e per preferire il trattamento palliativo. Descrizione del piano di cura. » 206

LEZIONE XIII.

SPOSTAMENTI DELL'UTERO.

INVERSIONE D'UTERO — avviene in generale durante il travaglio; talora spontaneamente; **SINTOMI** spesso assai gravi. — **Inversione cronica**; tendenza di esso a distruggere la vita; eccezioni accidentali a questa regola; pretesa riduzione spontanea dell'utero. — **DIAGNOSI-CONDOTTA** a tenerla in quest'accidente, se recente; lo stato dell'utero modifica le probabilità di riposizione, che son poche, eccetto quando si tenta immediatamente **TRATTAMENTO**; **estirpazione dell'utero**; cause modificanti il successo dell'operazione. Errori di diagnosi, come evitarli; ulteriori cautele circa il miglior modo di operare.

INVERSIONE DA POLIPO. — Cautele pratiche a suo riguardo.
ASCESA DELL'UTERO; sue varie cause e valore diagnostico . . pag. 227

LEZIONE XIV.

TUMORI ED ESCRESCENZE DELL'UTERO.

Loro produzione connessa a tendenza dell'utero all'ipertrofia in generale. Escrescenze della membrana mucosa o **POLIFI MUCOSI**; loro forma più semplice. — **POLIFI FIBRO-CELLULARI.** — **POLIFI GLANDULARI** da ipertrofia dei follicoli uterini. — Ingrossamento cistico dei follicoli della cervice, o **CISTI MUCOSE DELL'UTERO.**

SINTOMI di queste affezioni: natura ed origine dell'emorragia che provocano. **DIAGNOSI.** — **TRATTAMENTO.**

POLIPO FIBROSO, sua natura; analogia con altre effusioni di sangue croniche. — Nota su qualche altra asserita varietà presunta di polipo. » 245

LEZIONE XV.

TUMORI ED ESCRESCENZE UTERINE.

TUMORI FIBROSI. — Loro caratteri generali, sede varia, e identità di struttura microscopica. — Influenza di queste produzioni sull'utero e cause che la modificano. — Loro numero e grossezza. — Cangiamenti che subiscono, e sforzi della natura per liberarsene, loro espulsione, loro trasformazione calcarea.

Frequenza di queste produzioni. — Influenza dell'età sulla loro produzione.

SINTOMI; disordini di mestruazione, emorragia, dolore, sterilità, ed aborto: loro frequenza relativa. — Modo di prodursi dei sintomi.

Schizzo generale dei sintomi dei tumori fibrosi » 257

LEZIONE XVI.

TUMORI ED ESCRESCENZE UTERINE.

TUMORI FIBROSI: loro **DIAGNOSI** — carattere eccezionale dei loro **SINTOMI** in alcuni casi. — Difficoltà talora di distinguerli dai tumori ovarici. — Irregolarità mestruale, e susseguente improvvisa emor-

ragia che fa sospettare d'aborto. — Rapida soppressione delle urine in alcuni casi; suo valore. — Difficoltà di distinguere le flessioni dal tumori d'utero. — Possibilità di prenderli in sbuglio per cancro. — Casi caratterizzati da dolore intenso. — **DIAGNOSI DIFFERENZIALE** tra la gravidanza e il tumor fibroso, e difficoltà di scoprire quella quando è complicata con quest' ultimo.

PROGnosi; sviluppo generalmente lento; tavola illustrativa. — Influenza della gravidanza e travaglio; pericoli che le accompagnano e loro ragione Pag. 276

LEZIONE XVII.

TUMORI ED ESCRESCENZE UTERINE.

TUMORI FIBROSI. — TRATTAMENTO. — Misure precauzionali per ritardarne lo sviluppo; modo di condursi nei periodi mensili, e **cura palliativa. — Asseriti palliativi**: iodio, bromo, le acque di Kreuznach. — **Processi chirurgici**; grave pericolo che li accompagna. — Cause del pericolo e modo di condursi nella gravidanza e travaglio complicati da fibromi. » 290

LEZIONE XVIII.

TUMORI ED ESCRESCENZE UTERINE.

POLIPi FIBROSI, loro struttura; apparato vascolare e origine dell'emorragia che li accompagna. — **SINTOMI.** — Operazioni per la loro **ESPORTAZIONE**; meriti comparativi della legatura ed escisione. — Condotta nel parto complicato da polipo.

TUMORI FIBROIDI RICORRENTI DELL'UTERO. — Loro rarità; casi illustrativi.

TUMORI GRASSOSI DELL'UTERO.

DEGENERAZIONE TUBERCOLOSA DELL'UTERO. — Suoi caratteri, sede della malattia e nesso colla tubercolosi generale. » 306

LEZIONE XIX.

MALATTIE MALIGNI CANCEROSE DELL'UTERO.

Argomento sconsolante, ma importante per le questioni implicate nel suo studio; opinioni erronee che altre volte si avevano a suo riguardo.

Definizione del CANCRO; sue varietà. — Lo scirro assai raro; suoi caratteri anatomici.

CANCRO MIDOLLARE; sua natura, modo con cui succede l'ulcerazione, suoi progressi rapidi; sforzi abortivi di guarigione e progresso della malattia. — Ipertrofia dell'utero durante il suo decorso; cambiamenti nelle sue pareti; nel suo interno, o nella sua superficie. — Estensione della malattia alla vagina e alla vescica. Casi eccezionali.

CANCRO DEL CORPO DELL'UTERO.

POLIPi CANCEROSI.

CANCRO ALVEOLARE.

CANCRO EPITELIALE; suoi caratteri generali, suo rapporto col cancro midollare; identità essenziale coll'escrescenza a cavolfiore.

ULCERE DELLA BOCCA DELL'UTERO; la così detta — **ULCERA TUBERCOLOSA — ULCERA CORRODENTE.** — Frequenza delle affezioni secondarie nei casi di cancro uterino . . . pag. 326

LEZIONE XX.

MALATTIE MALIGNI O CANCEROSE DELL'UTERO.

Loro frequenza; cause influenzanti l'origine del cancro — come l'età, lo stato della funzione mestruale, suo modo di stabilirsi, gravidanze; ragione dell'influenza del figliare; tendenza ereditaria.

SINTOMI del cancro; modo d'invasione e sintomo primo. — Dolore, suo carattere e cause. — Emorragia, suo significato; frequente come primo sintomo, e perchè. — Perdite, cause del loro carattere disgustoso e delle variazioni in questo riguardo.

CACHESSIA CANCEROSA; suoi caratteri.

DUE FORME ECCEZIONALI DI CANCRO, la **LATENTE** e l'**ACUTA**.
Influenza del cancro sul travaglio.

DIAGNOSI del cancro uterino.

Durata della malattia » 344

LEZIONE XXI.

MALATTIE MALIGNI CANCEROSE DELL'UTERO.

TRATTAMENTO: varie opinioni dominanti in diverse epoche a suo riguardo.

Trattamento palliativo dell'emorragia, del dolore, delle perdite; regola della salute generale, e dei sintomi di cachessia cancerosa. — Gravidanza e travaglio complicato da cancro; questione di produrre il parto prematuro: condotta in questo parto.

Trattamento curativo: estirpazione di tutto l'utero; esito dell'operazione e ragioni per rifiutarla. — Escisione del collo dell'utero: errori che la screditarono; casi addatti per essa; metodi di eseguire l'operazione; pericoli; quello dell'emorragia è principale. — Considerazione dei vantaggi relativi della legatura e del taglio.

Altri supposti mezzi curativi; uso del freddo, dei caustici e del cauterio attuale; osservazioni su ciascnno » 369

LEZIONE XXII.

MALATTIE DELLE PARTI CONNESSE DELL'UTERO.

INFIAMMAZIONE DELLE DIPENDENZE DELL'UTERO E DEL TESSUTO CELLULARE E SUOI RISULTATI.

Cause dell'affezione; generalmente consecutiva a parto o aborto; sue varie sedi, e modi di terminazione; affezione del peritoneo nel suo decorso; tendenza generale alla suppurazione. — Apparenze morbose. Rapporto di quest'affezione coll'infiammazione degli ovari; sua analogia con altre infiammazioni del tessuto cellulare.

SINTOMI; doppio modo di invasione. — Formazione del tumore ad-

dominale; come avvenga la suppurazione, carattere cronico degli ascessi; varie vie per cui si scarica. — **DIAGNOSI** dell'affezione. — Caratteri del tumore intrapelvico, sua somiglianza coll'ematocele uterino. — Abbozzo generale de' suoi sintomi e del decorso pag. 390

LEZIONE XXIII.

MALATTIE DELLE DIPENDENZE DELL'UTERO. INFIAMMAZIONE E SUOI ESITI, E PROCESSI AFFINI.

INFIAMMAZIONE DEL TESSUTO CELLULARE. — Casi eccezionali; consecutivi a peritonite senza special disordine d'utero; importanti, ma facili a perdersi di vista.

TRATTAMENTO nello stadio recente: cura della convalescenza — nello stadio cronico; questione della puntura: l'indugio in generale da consigliarsi; trattamento dei postumi.

EMORRAGIE ATTORNO ALL'UTERO OD EMATOCELE UTERINO — Sede e **CAUSE** dello stravasamento di sangue. — **SINTOMI** e **DECORSO**, cangiamenti nel sangue effuso, casi illustrativi. — **DIAGNOSI** differenziale; dalla gravidanza extra-uterina; dalla retroversione d'utero; da ascessi pelvici, da tumore ovarico, e tumore fibroso dell'utero. — **PROGNOSI** e cause di morte.

CURA, meriti relativi dell'azione e dell'aspettazione » 411

LEZIONE XXIV.

MALATTIE DEGLI ANNESSI DELL'UTERO. INFIAMMAZIONE E SUOI ESITI, PROCESSI AFFINI.

INFIAMMAZIONE DEGLI OVARI.

Stato imperfetto delle nostre cognizioni.

Apparenze morbose, infiammazione frequente della loro superficie peritoneale, infiammazione rara del loro parenchima.

Cangiamenti prodotti dall'infiammazione nelle vescicole di Graaf; suppurazione e ascesso ovarico.

SINTOMI dell'infiammazione ovarica; della sua forma acuta: dell'ascesso dell'ovario; casi dimostrativi.

Infiammazione cronica dell'ovaio, sua frequenza probabilmente esagerata; attribuibile carattere neuralgico dei sintomi. — Casi di ovarite subacuta: rapporti fra essa e il così detto spostamento dell'ovaio.

Nota sull'ernia dell'ovaio, e sulle cisti sierose dell'utero » 439

LEZIONE XXV.

TUMORI E IDROPE DELL'OVAIA.

Disposizione speciale alla formazione di cisti entro l'ovario.

Varietà di cisti.

CISTI SEMPLICI; cisti dei corpi di Wolff; cisti veramente ovariche; loro rapporto coll'idrope delle vescicole di Graaf; loro struttura e contenuto; modificazione della forma loro quando ne esistono parecchie assieme. — Ricerche circa le loro cause.

CISTI COMPOSTE O PROLIFERE; sviluppo possibile dalle cisti semplici — Struttura e contenuto delle cisti composte e delle produzioni cistosarcomatose.
PRODUZIONI ALVEOLARI O COLLOIDI dell'ovario.
CISTI CUTANEE E GRASSOSE; loro specialità di tessitura e loro contenuto.
 Frequenza relativa dell'affezione di uno o di ambedue gli ovarici, e delle diverse forme di tumore ovarico pag. 454

LEZIONE XXVI.

TUMORI ED IDROPE DELL'OVAJA.

DECORSO generale dell'affezione; carattere eccezionale delle cisti dei corpi di Wolff; — disposizione loro a restare stazionarie. — L'arresto accidentale di sviluppo delle cisti semplici è di solito temporario — loro completa scomparsa molto rara.
 Le cisti scaricano all'esterno talora i loro contenuti per il tubo fallo-piano, per la vagina, per l'intestino, od all'interno del peritoneo. Cambiamenti nelle cisti, loro progressivo rammollimento. — Infiammazione delle cisti. Disordine della salute per pressione della cisti sui visceri: cachessia concomitante l'aumento della cisti. — Varii modi di morte.
CAUSE PREDISPONENTI dell'idrope ovarica — influenza dell'età del matrimonio e del parto.
 Sopposte **CAUSE ECCITANTI** della malattia.
 Eventuale arresto di sviluppo delle cisti semplici dell'ovario . . . » 473

LEZIONE XXVII.

TUMORI ED IDROPE DELL'OVAJA.

SINTOMI della malattia, talora mancanti nei primordii: riferibili in generale a cinque capi — disordine funzionale degli ovarii, dolore, effetti della compressione, sintomi di cachessia, o sintomi conseguenti all'intervento.
DIAGNOSI, sue difficoltà; diagnosi differenziale dall'infiammazione del legamento largo e dai suoi esiti, dal tumor fibroso dell'utero, dalla deviazione uterina, dall'ascite, dalla distensione di vescica, dalla gestazione, dai tumori di milza e fegato, ecc.
 Nota sui TUMORI FLUTTUANTI nell'addome » 489

LEZIONE XXVIII.

TUMORI ED IDROPE DELL'OVAJA.

CURA; difficoltà di valutarne i risultati. — Durata della vita nell'idrope ovarica. — Divisione dei casi in tre classi: alcuni devono essere abbondanti a sé, alcuni possono essere guariti, altri richiedono l'intervento medico.
MISURE PROFILATTICHE e agenti medicinali.
PROCESSI OPERATIVI. — Paracentesi; quando assolutamente necessaria. — Opinione sul periodo della sua esecuzione, statistiche dell'argomento, i cattivi risultati forse troppo esagerati; circostanze

in cui la tempestiva paracentesi può essere ammissibile. — Modo di eseguire l'operazione; pericoli del deperimento e dell'infiammazione cistica; loro sintomi e cura pag. 517

LEZIONE XXIX.

TUMORI ED IDROPE DELL'OVAJA.

Mezzi proposti per la **CURA RADICALE** dell'idrope ovarica. — **Paracentesi e compressione.** — **Puntura sottocintanea della cisti.** — **Puntura attraverso la vagina.** — Puntura seguita da qualche mezzo per tenere la ferita permanentemente aperta. **Incisione ed escisione parziale delle cisti.** — **Puntura con iniezione iodica;** valutazione de' suoi vantaggi e pericoli. — Enumerazione di alcuni punti che richiedono ulteriori cognizioni » 534

LEZIONE XXX.

TUMORI ED IDROPE DELL'OVAJA.

Estirpazione dell'ovaja. — Storia dell'operazione; sue due varietà; la maggiore e la minore. — Risultati generali dell'operazione; sua mortalità; data e causa della morte. — Circostanze che modificano i suoi pericoli; esistenza di adesioni; età della paziente; grandezza dell'incisione; carattere del tumore. — Opinione sfavorevole pronunciata altre volte, e perchè; paragone tra i suoi risultati e quelli del taglio cesareo; ma l'operazione devei giudicare dai suoi meriti, non dal confronto con operazioni per altri scopi. — Ragioni adottate per riconsiderare quell'opinione. — Tentativi per valutare le condizioni in cui l'ovariotomia è giustificabile » 534

LEZIONE XXXI.

MALATTIE DELLA VESCICA.

INFIAMMAZIONE DELLA VESCICA, sua **FORMA ACUTA e SUBACUTA**; quest'ultima è più frequente — talora associata alla malattia tubercolare del rene o alla nefrite cronica. — **CISTITE CRONICA.**

Trattamento delle differenti forme della malattia.

FISTOLA VESCICO-VAGINALE. — Osservazioni sul modo di prevenirla, e sul trattamento preliminare all'operazione per la sua cura.

FISTOLA INTESTINO-VESCICALE.

MALATTIA MALIGNA DELLA VESCICA » 579

LEZIONE XXXII.

MALATTIE DELL' URETRA E DELLA VAGINA.

CONGESTIONE DELL' URETRA, più incomoda quale malattia cronica; suoi sintomi e cura.

TUMORI VASCOLARI dell'orificio uretrale, loro sede, natura, sintomi e cura.

ULCERAZIONE dell'uretra; dubbi sulla sua natura sifilitica.

VAGINITE ACUTA: caratteri della perdita che l'accompagna, distinti dalla leucorrea uterina; sua cura.	
VAGINITE CRONICA.	
VAGINITE GRANULARE: — sua vera natura.	
CISTI DELLA VAGINA.	
TUMORI FIBROSI e FIBROCELLULARI della vagina	pag. 595

LEZIONE XXXIII.

MALATTIE DEI GENITALI ESTERNI.

INFIAMMAZIONE DELLE LABBRA, suo nesso coll'obliterazione del dotto DELLA GLANDOLA DI COWPER ; descrizione della ghiandola; modo con cui l'infiammazione sua avviene.	
INFIAMMAZIONE FURUNCOLARE.	
ECZEMA.	
PRURIGO; poco frequente.	
IL PRURITO in generale indipendente da esso; cause e cura del prurito.	
INFIAMMAZIONE DEI FOLLICOLI DELLA VULVA.	
IPERESTESIA DEGLI ORGANI ESTERNI. — Spasmo vaginale o VAGINISMO .	
COCCIGODINIA o dolore del coccige. — Osservazioni sulla MASTURBAZIONE ed ESPORTAZIONE DELLA CLITORIDE per la sua cura.	
AFFEZIONI ULCEROSE. — SIFILIDE TERZIARIA; difficoltà della sua diagnosi.	
LUPUS; suoi caratteri; suoi rapporti col cancro epiteliale. — Casi ad illustrazione. — Cura.	
MALATTIA MALIGNA, in generale prende la forma di cancro epiteliale, suoi sintomi e decorso. — Importanza di una pronta esportazione	» 616

N.º 6 Tavole delle figure appartenenti all'edizione italiana in fine dell'opera.	
Indice alfabetico	pag. 641
Indice delle note ed aggiunte del Traduttore	» 651

LEZIONE I

INTRODUZIONE.

Rivista degli oggetti già trattati nelle lezioni d'ostetricia. — Ragioni dell'aver postposto lo studio delle malattie delle donne. — Duplici cognizioni necessarie pel loro studio. — Pericoli ed errori risultanti dalla mancanza di esse. — Casi illustrativi. — Sintomi di queste malattie derivanti dal disturbo di funzione, alterazione di sensibilità e mutamento di tessitura. — Considerazioni sui sintomi delle due prime classi.

Signori. — Forse alcuni di voi ricordano che mi adoprai sul principio delle mie lezioni d'ostetricia a farvi rimarcare i varii aspetti per cui il sistema generativo esercita *nell'organismo delle donne una parte più importante* che nell'uomo. Richiamai la vostra attenzione alla sua *attività costantemente ricorrente* quale si mostra nel periodico ritorno della mestruazione, alla sua lontana influenza, quale si manifesta nei varii fenomeni accompagnanti la gravidanza ed il travaglio, e all'impronta che il corpo intero offre di speciale attitudine d'ogni singola parte all'*esercizio più completo* delle sue funzioni. Vi feci osservare come sviluppandosi il feto, l'utero aumenti con esso; come i suoi tessuti poco organizzati si sviluppino, ed i suoi vasi aumentino di volume, come *nelle guaine venga deposta la materia nervea*, prima tanto delicata da essero quasi impercettibile; come l'utero diventi quel che gli antichi anatomici non esitarono di chiamare *miraculum naturæ*. Vi descrissi poscia i mezzi con cui si superano tutti i pericoli e le difficoltà del parto; e vi dissi come, dopo che tutte le grandi funzioni dell'utero furono cessi completate, il suo tessuto subisca deperimento e regresso, i suoi vasi s'impiccioliscano, i nervi ritornino al primitivo volume, tutti gli emontorii del corpo prendano parte all'eliminazione dei materiali che si sono resi inutili; mentro allo stesso tempo la natura lavora a formare un nuovo utero adatto a passare ancora attraverso gli stessi meravigliosi cangia-

menti e ad adempiere gli stessi importanti fini. Entrai in tali dettagli allora non già per destare inutile meraviglia, ma per condurvi alla deduzione, che processi così complicati possono facilmente disordinarsi; che perciò deve essere vostro dovere e vostra soddisfazione di prendere cognizione di tali processi e dei loro disordini, affine di imparare a conoscere ciò che è normale, di correggere ciò che è contrario alla natura, o rendere possibilmente minori mali inevitabili. Convinti così, come io spero, dell'importanza dello studio, avete compiuto l'esame della fisiologia del sesso femminile in quanto riguarda il processo di riproduzione, e vi siete capacitati per soprappiù delle varie circostanze per cui gli organi generatori sono soggetti a disturbarsi nell'esercizio delle loro funzioni, dei segni di tali sconcerti e dei mezzi con cui possiamo rimediarvi.

Ma siccome il sistema generativo delle donne ha funzioni che esercita indipendentemente da quegli alti uffizii ai quali disimpegna quando fu fecondato un germe e si sviluppa in nuovo essere, così il turbamento di quelle non manca di avere grave influenza su tutto l'organismo. Lo stabilirsi del potere sessuale all'età pubere, e la sua estinzione ad età avanzata esercitano ambedue un'importante influenza sulla costituzione; ed in ambedue queste epoche v'è un'accreciuta disposizione a malattie ed un aumento notevole nelle proporzioni della mortalità. Durante il tempo della forza sessuale mille cause ancora possono disturbare la regolare ricorrenza delle manifestazioni della sua attività, e con ciò gettare la macchina complessa del corpo in pieno disordine.

I disturbi delle funzioni sessuali dunque, e il modo con cui reagiscono sulla salute generale, o ne risentono l'influenza, meritano la vostra attenzione; ma anche quando vi sarete completamente informati di tali disturbi, le vostre cognizioni sulle malattie delle donne saranno appena sul principio, perchè gli organi che servono a queste funzioni possono essere essi stessi ammalati. Questi organi sono inoltre complicati nelle loro strutture; composti di vari tessuti e legati assieme da così strette simpatie che una parte non può essere sede di patimento senza che tutti soffrano assieme, e quindi non è spesso facile lo sbrigliare la matassa intricata dei sintomi e trovare ove sia il male, cui si devono le molte manifestazioni morbose.

Ho indugiato finora ad invitarvi allo studio di queste affezioni per la molta difficoltà che lo accompagnano ed in causa del bisogno che sentirete, nel seguirlo, di quelle speciali cognizioni che avete acquistate assistendo alle lezioni d'ostetricia, come anche delle cognizioni di medicina pratica che solo può dare l'attenta osservazione nei compartimenti di un ospedale (1). Le cognizioni di questa doppia natura

(1) L'esercizio pratico delle malattie femminili richiede una somma di cognizioni che lo rende assai difficile ed importante; chè, oltre i comuni principii di medicina, richiede a fondamento un'istruzione ostetrica acquisita su

sono egualmente necessarie: la mancanza delle une o delle altre è causa dei seguenti errori in cui cadono non di rado i pratici. Alcuni considerano la malattia locale come fosse il tutto, altri quasi dimenticano la sua esistenza; ed è difficile dire quale di questi due errori sia il più dannoso. Una donna ricorre ad un esercente che è colpevole del primo errore accennato, lamentandosi di penosa e scarsa mestruazione; egli subito ricorre a mezzi meccanici per sollevarla; introduce candelotto per allargare il canale e toglie una immaginaria stenosi del canal cervicale uterino, dalla quale egli crede sia impedito lo scolo del liquido mestruale, e vi pratica perfino incisioni onde essere certo di allargarne il lume. Dopo aver subito molto dolore fisico e molto angustio d'animo, la paziente alla fine di queste manipolazioni trovasi per nulla meglio di quando furono incominciate; la causa della di lei sofferenza è più profonda e doveva trovarsi nel disturbo generale della salute, che sarebbe stato avvertito da un medico diligente, e che con mezzi ben diretti sarebbe probabilmente stato tolto.

di una larga scala ed un'attitudine chirurgica non comune, atteso il nesso che tengono le affezioni femminili colle funzioni di maternità, e gli atti operativi, taluni delicatissimi, tali altri gravissimi, richiesti dai vizi degli organi generativi femminili. Ma ciò che più vale a formare un buon curante in questa specialità, si è una certa conoscenza fisica e psichica della donna; di cui, la prima si guadagna coll'abitudine e si riflette alla donna in genere nelle diverse epoche della sua vita ed ai mutamenti che l'organismo suo subisce nelle transizioni dall'una all'altra epoca, mentre la seconda si riflette alle facoltà morali e intellettuali di essa, e vuol esser figlia di un sentire naturalmente delicato e filosofico e ci ingiunge un modo speciale di contatto sociale. Chiamati ad entrare nei segreti, talvolta dolorosi, di una famiglia onorata, obbligati a richiamarne la triste storia per l'apprezzamento anamnestico, ad intelligere alla donna cogli atti e colle parole il sacrificio del pudore e della riservatezza, si richiedono da noi, sempre e con tutta la maggiore finezza del tratto e l'arguzie del detto e della domanda, in cui non si riveli nemmeno l'artefizio. Egli è poi non troppo agevole anche da un altro lato, il trattamento delle affezioni femminili, quando si pensi alla molteplicità dei fenomeni secondarii o riflessi, alla mobilità e sensibilità nervosa, che, o in causa della locale condizione morbosa o per effetto di turbamenti morali pur troppo frequenti nella vita domestica e sociale, vengono ad allargare il quadro sintomatologico, a moltiplicare i punti obbiettivi della nostra opera medicatrice. Su di questo particolare avro campo di ritornare più opportunamente in altra occasione; qui mi basta aver voluto insinuare agli studiosi di questa specialità che alla cura della donna vogliansi mezzi eccezionali affatto, in confronto a quelli per la cura dell'uomo, che l'influenza ed il consiglio morale è talora precipuo farmaco ai patimenti femminili, e che infine da parte nostra la tolleranza, la pazienza e l'insistenza massima, spinte fin là dove non ne viene offesa alla dignità, sono richiesti ben di sovente a raggiungere uno scopo sempre difficile, penoso e lontano, sì per l'inferma che per il medico.

DE-CRISTOFORIS.

Ricorderò un altro caso ad illustrazione dell'errore opposto. Una paziente chiede consiglio in causa di mestruazione con perdita di coaguli, ma accompagnata da poco o nessun dolore. Si usa di una cura generale, si obbliga la paziente alla posizione orizzontale in stanza fresca e ben ventilata, si applica localmente il freddo, e non si lascia senza proprii mezzi di cura alcun segno di disturbo della salute generale; pure non si ha miglioramento perchè le perdite sanguigne dipendono dalla presenza di un piccolo polipo, cui nulla, fuorchè un diligente esame dell'utero, può scoprire. Nell'un caso si usò del trattamento meccanico per curare un'affezione che dipendeva dallo stato generale di salute; nell'altro caso il trattamento generale fallì a rimuovere sintomi, cui un'attenta investigazione avrebbe mostrato dipendere da una causa locale.

Non ho bisogno di oltre dilungarmi in casi immaginari per ottenere da voi tutta la circospezione che desidero incalcarvi; le storie sia d'ospitale che di pratica privata ne offrono abbondanti illustrazioni. Una donna di mezzana età si lagnava di voglia frequente di urinare e di disagio nel mingere; era dispeptica e malaticcia. Se ne cimentò l'orina e trovossi contenere albumina; d'onde si presunse che lo stato irritativo della vescica fosse dipendente da malattia renale. Il trattamento ne migliorò la salute generale, ma non recò sollievo alla disuria. Alfine una diligente osservazione mostrò che l'albumina era dovuta alla miscela coll'orina di scoli vaginali, caso non infrequente in donne che soffrono di leucorrea; mentre l'esame troppo a lungo ritardato o trascurato scoprì un piccol tumore vascolare dentro l'orificio dell'uretra; all'irritazione prodotta dal quale si dovevano i sintomi, come emerso dalla loro immediata scomparsa dietro l'ablazione del detto tumore.

Una giovine signora, la cui salute non era mai stata robusta, cominciò all'età di 22 anni a mestruare irregolarmente e scarsamente, e soffrì allo stesso tempo di prurito alla vulva. Per questo sintomo si ricorse a varie applicazioni locali; e più d'una volta dovette subire il disagio di un esame, che scoprì nulla più che un grado aumentato di rossore delle labbra e delle ninfie. Alfine deperendo la sua salute generale, essa si pose in cura di altro medico, il quale rilevò che v'era zucchero nell'orina. Il prurito, alla stessa guisa del pizzicore dell'uretra nel maschio, era conseguenza di diabete, di cui la povera fanciulla alla fine morì.

Una donna veune accettata all'ospitale pochi anni fa in istato di estrema sofferenza; la fisionomia era assai agitata, stava a letto colle ginocchia retratte all'insù, timorosa di fare il più piccolo movimento; l'addome intollerante perfino della più lieve pressione. Si credette avesse una peritonite, e perciò prima di entrare all'ospitale fu salassata e caricata di mercurio abbondantemente fino alla salivazione, ma senza sollievo. Con tutto questo la pelle traspirava bene, il polso mollo e non cresciuto in frequenza. La storia dava che dopo incomodi vaghi uterini per un mese, era stata presa subitamente da do-

lori violenti nell'intero con premiti d'intensità pari a quelli del travaglio. Questi cessarono, ma il dolore si fece sentire alla vescica, e il bisogno d'orinare divenne assai frequente. Questo pure diminuì, e poi risentì un dolore violento nelle spalle, a cui si opposero mezzi attivi di cura ritenendo si trattasse di infiammazione articolare; al cessare subitaneo del dolore delle spalle, le succedette ad un tratto il grave sofferimento addominale. Un semicupio ben caldo apportò sollievo immediato quantunque la malata si lamentasse quando veniva mossa per essere posta nel bagno, ed una buona dose di oppio fu seguita da alcune ore di sonno quieto. Il giorno appresso non lamentavasi d'alcun dolore eccetto sopra il pube, che subito scomparve coll'uso di anodini; il ferro ed una buona nutrizione completarono la cura di questa peritonite isterica.

Tali storie, cui sarebbe agevole aggiungerne altre, stanno quali esempi dell'errore consistente nel fare insufficiente ed eccessivo conto dei sintomi di disordini del sistema sessuale. Le vostre cognizioni generali di medicina vi difenderanno dall'ultimo errore: è poi mio speciale dovere di premunirvi dal primo o piuttosto, per quanto posso, di farveli evitare ambedue.

A tale intento mi propongo oggi di fare poche parole d'introduzione sui segni e sintomi delle malattie degli organi generativi nella femmina e sui mezzi di farne l'investigazione.

Queste affezioni si manifestano in tre diversi modi, talora in uno solo, tal'altra in tutti insieme, e cioè, col produrre *disturbo di funzione, alterazione di sensibilità, cangiamento di tessitura*.

Gli ovarii sono i grandi organi dell'attività sessuale nelle femmine, e durante tutto il tempo che continua la vita sessuale essi servono nell'individuo sano a maturare gli ovuli e poi espellerli a certi periodi quando hanno raggiunto uno stato che li rende capaci, dietro l'influenza fecondante del seme, di perecorrere un ulteriore sviluppo. Con questo interno processo noi vediamo una perdita periodica di sangue che costituisce la mestruazione, conseguenza ed evidenza della congestione locale che accompagna lo sviluppo dell'ovulo. Il ritorno regolare della mestruazione, il suo compiersi entro un dato periodo accompagnato da una media quantità di perdita e da non più che un certo grado di malessere, si ritengono giustamente dalle donne come conclusiva evidenza dello stato sano delle funzioni sessuali. In ogni ricerca pertanto a riguardo di una supposta malattia dell'apparato generativo, il modo col quale si compie questa funzione deve occupare la vostra diligente attenzione; voi sapete che la mestruazione è puramente il segno di un processo più importante che ha luogo nel profondo dell'organismo. La non comparsa della perdita o il suo sopprimersi suggeriscono subito molte importanti questioni che bisogna studiare con attenzione affinché possiate dar loro una soddisfacente soluzione. È il sistema così debole che, qual pianta mal cresciuta, il suo potere rimane tutt'affatto inattivo?: sono forse gli ovarii ammalati? oppure l'interno processo continua, mentre in grazia

di qualche causa meccanica ostruente, il fluire della perdita non può avere esteriore manifestazione? o il suo apparire viene impedito da qualche disturbo del sistema generale o di quello dell'utero, in guisa che l'organo è reso incapace a compiere il suo ufficio sessuale, simile a quello di una valvola di sicurezza pel cui mezzo i vasi della pelvi ingorgati vengono sbarazzati dal sangue sovrabbondante?: oppure nessuno di queste supposizioni è giusta, e la vera spiegazione della soppressione del catamenio è da trovarsi in un fatto, non patologico, ma fisiologico, ed i sintomi sono quelli di gravidanza e non di malattia? Tali sono le importanti quistioni che in ogni caso di soppressa perdita mestruale voi dovete risolvere, ed alle quali tanto per la vostra riputazione quanto pel benessere della vostra ammalata è assai importante che diate una giusta soluzione. E nel caso abbiate una paziente che soffra, come essa pensa, di mestruazione eccessiva, e la di lei salute deperisca, d'ondo viene la perdita?: deriva da uno stato di pletora generale che natura si sforza mitigare con tale flusso, sebbene nei suoi sforzi ecceda i limiti della misura utile?: o sono i vasi così deboli che il sangue ne sfugge in profusione pericolosa?: o l'emorragia è dovuta a niuna di queste cause, ma ad una soluzione di continuità, a qualche ulcera dell'utero da cui geme il sangue, od a qualche escrescenza morbosa o profonda malattia organica, gli effetti della quale sono resi più gravi appunto alle epoche in cui l'utero diventa congesto oltre l'usato? Queste ed altre simili domande hanno una speciale importanza in certe epoche della vita femminile, perchè quando la facoltà sessuale va declinando è facile che si organizzino qualche malattia: perciò le irregolarità mestruali a tal'epoca devono esser prese in maggiore attenzione che nei periodi anteriori.

Ma vi sono altre funzioni sussidiarie eseguite dagli organi generativi, il cui disturbo è talvolta l'occasione di puro incomodo, e tal'altra indizio di seria malattia. Questi organi offrono una gran varietà di superficie secernenti, le quali danno materie di varie qualità e servono a varii scopi. Una leggiera secrezione inumidisce l'interno delle trombe falloppiane, come avviene negli altri visceri, ed eccetto in vicinanza dei periodi mensili dell'attività sessuale, la stessa cavità dell'utero è lubrificata da poco più che da una pura traspirazione.

Le larghe cripte mucose o ghiandole attorno al collo danno una particolare secrezione che trovasi generalmente in ogni epoca, quantunque più abbondante nella gravidanza. I follicoli mucosi della vagina versano fuori da tutta la superficie di questa una secrezione alquanto copiosa, e le due ghiandole che trovasi impiantate a ciascun lato del suo orificio, e che, sotto il nome di ghiandole di Duverney, corrispondono nel maschio alle ghiandole del Cowper, danno un'abbondante secrezione al momento dell'amplesso sessuale; e da ultimo le numerose cripte mucose e i follicoli sebacei delle ninfie, dell'interno delle labbra e del vestibolo forniscono una secrezione sufficiente a lubrificare tali parti. Da ognuna o da tutte queste origini può esser dato una secrezione eccessiva per quantità, e più o meno

alterata per qualità. La secrezione può essere una semplice leucorrea, un flusso accresciuto, dato da tessuti d'altronde sani; può essere una perdita purulenta per l'infiammazione di una membrana mucosa, o può derivare da un'ulcera dell'utero, o può non essere soltanto pus semplice, bensì una sanie fetida da esteso cancro dell'organo o di qualche viscere vicino. La vostra malata viene da voi in piena ignoranza della vera fra tutte queste cause del male ond'è afflitta; essa dipendo da voi per essere chiarita nei suoi dubbi e per essere sollevata dalle sue sofferenze.

Le malattie di questi organi però non solo si associano ad alterata funzione, ma anche a disordinata sensibilità non solo della parte affetta, ma di altre ancora più o meno lontane. Non v'è causa più facile di errore di diagnosi in riguardo alle malattie delle donne quanto il trascurare il valore di alcune di queste alterazioni di sensibilità, o il non riferire alla propria causa l'affezione simpatica di qualche organo forse lontano. Se una donna lagnasi di senso di peso nella pelvi, di dolore premente, di dolore ai lombi e al sacro, o dolore discendente nelle coscie, la nostra attenzione si dirige naturalmente allo stato degli organi sessuali, e noi verosimilmente con moderata cautela non c'inganniamo sulla sede reale del suo male. In molti casi oltre la sede del male si può riconoscere qualcos'altro: se prendiamo nota del carattere del dolore di cui soffre la paziente; carattere che generalmente diversifica a seconda che v'è processo infiammatorio, condizione cancerosa o spostamento d'utero. Queste minuziosità inoltre sono per noi della maggior importanza, giacchè non sonvi altre malattie in cui l'investigazione personale, dietro la quale si può dar riposta a molti quesiti, sia circondata da tante difficoltà, sì per la naturale ripugnanza dell'ammalato a sottoporvisi, come anche per l'imperfezione dei nostri mezzi di esame.

Ma le malattie di questi organi non di rado si associano a dolore che si riporta non alla sede reale del male, ma a qualche altra parte fors'anche lontana. Potete esser richiesti da donne che sembrano di poca salute ed in cui potete forse a tutta prima sospettare l'esistenza di malattia d'utero, ma che paiono infastidirsi delle domande in riguardo alle loro funzioni sessuali e forse negare e con piena verità l'esistenza di qualunque dolore dell'utero e sue vicinanze. Forse anche possono accusar dolore al retto specialmente nell'atto della defecazione; o parlare di sintomi che riferiscono alle emorroidi o lagnarsi di sciatica o lombagine. Sospettato sempre la portata di tali patimenti; ricordatevi le simpatie molteplici dell'utero gestante, e siate vigilanti; è assai probabile che tali anomali sintomi si risolveranno in effetto di malattia uterina.

Nò sono solamente le forme strane e intrattabili di patimento locale che devono richiamare la vostra speciale attenzione all'utero o sue funzioni. La gravida soffre quasi invariabilmente di nausea e vomito; l'appetito diventa spesso capriccioso, e le funzioni digerenti spesso si fanno male, mentre non è fuor del caso che vi siano insulti

di mal di capo o di *tic* doloroso, sebbene essa possa in altre epoche godere perfetta immunità da tutti questi incomodi. Ma appunto come il disordine della funzione di altri organi non di rado vi si associa ai processi fisiologici dell'utero che si sviluppa, così può susseguire anche all'irritazione uterina prodotta da malattia; ed un buon numero delle forme più ordinarie di dispepsia, ed un più grande numero ancora di affezioni nervose ed isteriche vengono provocate e mantenute da malattia dell'utero. Nel gran numero di questi casi, un'attenta ricerca mostra il disordine funzionale del sistema generatore, il quale si manifesta con disturbo di mestruazione, con perdite leucoriche, o con sensazioni dolorose, sebbene nessuno di questi sintomi sia di tanto rilievo da occupare l'attenzione della paziente, od essa li abbia presi quali semplici accidentalità non meritevoli di menzione quando li paragona con altre cause di patimenti, a suo modo di sentire ben più importanti (*).

Debbo io temere d'essere frainteso, di lasciare cioè supporre che io pensi che nella cura di una donna dispeptica debba la vostra attenzione rivolgersi meno allo stato del di lei stomaco che a quello dell'utero?: o che se una donna patisce di neuralgia voi dobbiate subito aspettare l'esistenza di malattia uterina? Non è questa la mia intenzione: voglio bensì significare che, nel trattamento di malattie le quali occorrono in pazienti di sesso femminile, abbiate sempre presente che, oltre alle cause ordinarie di malattie comuni ad ambo i sessi, v'è un'altra serie di cause particolari alle donne. Ogni qualvolta dunque i principii ordinarii di patologia non sono sufficienti a spiegare i patimenti di una donna malata, o gli ordinarii metodi terapeutici risultano inefficaci a guarirli, dovete ricordarvi che nel suo sesso e nelle sue speciali malattie troverete forse un indizio della causa dei sintomi attuali, e scoprirete indicazioni che vi mostreranno come possa ottenersi la loro cura.

(*) Nel secondo volume di Lisfranc, *Clinique chirurgicale*, Paris, 1842, da pag. 182 a pag. 186, sono citate osservazioni con casi illustrativi sugli errori di diagnosi delle malattie uterine, le quali, sebbene non esenti dai difetti caratteristici di quell'autore, meritano però un'attenta lettura.

LEZIONE II

INTRODUZIONE.

Sintomi delle malattie degli organi genitali derivanti da alterazione di volume, di tessitura o situazione, da rilevarsi solo dall'esplorazione. — Riflessioni generali su tal soggetto. — Esplorazione tattile ed istrumentale. — Esame tattile dell'addome per la vagina e pel retto. — Esplorazione istrumentale col mezzo della sonda uterina; descrizione dell'istrumento e norme per la sua introduzione: esame collo specolo; varietà dello strumento; precetto sulla sua introduzione; apprezzazione del suo valore.

Non ebbimo il tempo nella nostra ultima riunione di considerar bene la terza ed ultima classe di indizii di malattie degli organi genitali, quelli cioè forniti da alterazione di volume, tessitura e posizione. Perciò bisogna che oggi chiami su di ciò la vostra attenzione.

Io credo affatto inutile di far procedere, a quanto sto per dire, appunti sulla importanza di questi segni o sulla necessità di accertarsi della presenza od assenza di taluno di questi cangiamenti nel gran numero di casi in cui i sintomi delle malate indicassero qualche disordine dello loro funzioni sessuali.

L'esame però per cui solo si ottiene tale condizione devo riuscire assai penosa al senso morale di una donna, poichè essa non si trova allora come all'epoca del parto, spinta dall'accesso del dolore a sottomettersi ad alcunchè per liberarsi de' propri tormenti. Sembra infatti ch'essa sia più particolarmente sensibile ad ogni impressione disgustosa; e mentre sentesi quasi sopraffatta da un senso di umiliazione nel dover subire una visita, dalla cui necessità sia pure anche pienamente convinta, essa giudicherà con penosa minutezza ogni vostro atto, ogni inutile esitazione, ogni non necessaria scoperta della sua persona, ogni apparente mancanza di delicatezza o di riguardo. Anche colla massima cura non sempre sfuggirete ad un biasimo immeritato; senza molti riguardi offonderete quindi sempre

il modo di sentire dell'ammalata; e se non nuocete così ai vostri interessi, pure non sostenete bene la dignità professionale, e lascerete credere esistere un ramo dell'arte di guarire incompatibile coll'educazione, coi modi e coi sentimenti di persona bennata. La familiarità prodotta dalla pratica d'ospedale in queste malattie, in mezzo a donne la cui sensibilità non è tanto squisita come in persone di miglior classe sociale, o la circostanza che quelle non azzardano esprimere l'offesa accagionata loro dalla mancanza di riguardo, troppo spesso conduce a spensieratezza da questo lato persone che abborrirebbero dalla menoma idea d'infliggero ad alcuno il più piccolo dispiacere non necessario. Sono perciò assai ansioso di imprimervi bene che la delicatezza con cui bisogna condurre le investigazioni nelle malattie della donna, non è cosa che si apprenda facilmente, ma bisogna che sia un'abitudine della mente, bisogna che sia acquistata durante la vostra istruzione e in mezzo ai vostri rapporti col povero.

Ci capacitiamo dell'esistenza di malattie degli organi genitali, o per esame manuale o per ispezione oculare, e per fare tali ricerche con maggior accuratezza non di rado usiamo strumenti diversi. Il modo più semplice di esame, o quello che produce nella malata il minore disturbo ed allarme, è quello in cui adopriamo il tatto solo, non assistito da apparato alcuno.

È appena necessario ricordarvi che mentre è nostro dovere di usare ogni mezzo essenziale alla completa investigazione dello stato della nostra paziente, è puro nostro dovere di non faro inutili ricerche; di non usare strumenti quando possiamo accertarci di ciò che è necessario senza di essi, non ricorrere ad ispezione oculare quando abbiamo ragionevole certezza che col solo tatto siamo giunti alla esatta cognizione del male (2).

(2) Io credo essere tanto importante l'argomento dei precetti pratici da seguire nei rapporti fra il medico e la donna nel caso nostro speciale, che non esito ad aggiungere per parte mia quanto nell'esercizio di più anni in ospedale e in privata clientela ho appreso di utile e di conveniente in proposito, formando, direi quasi, il codice, il *modus tenendi* del ginecologo. Trattandosi di una malata nuova a noi ed all'investigazione degli organi genitali, egli è pratica buona anzi dignitosa lo spendere la prima visita nella parte anamnestica e subiettiva del vostro esame onde rendersi famigliari alla paziente, predisporla alla locale esplorazione, ed accertarsi sempre più della necessità di questa giacchè può accadervi, che, supposto a torto dalla stessa o da voi o da altri una malattia dei genitali, ne venga allontanato interamente il sospetto e quindi scongiurato il bisogno del loro esame o che con dispiacere della paziente lo abbiate inutilmente compiuto. Riservando per il giorno seguente la seconda parte delle vostre ricerche, dovrete premunarvi di tutti quegli strumenti, anco di varia dimensione o forma, che conducono alla cognizione d'ogni stato ed alterazione degli organi sì esterni che interni, che in questa stessa seconda visita deve essere assolutamente completata per quanto lo permette l'entità e l'oscurità della condizione, e

Noi otteniamo i voluti ragguagli col tatto applicato o alle pareti addominali od alla vagina od al retto. Non sempre è richiesto l'esame dell'addome; quando lo si crede necessario è bene cominciare da esso. A tal uopo la paziente deve adagiarsi sul dorso, le ginocchia retrate all'insù in modo di rilasciare i muscoli addominali. È ben di rado necessario applicar la mano a nudo, l'intermezzo della camicia della donna non impedendo l'accuratezza della disamina. Bisogna aver cura che le mani non sieno fredde: se lo fossero, oltre il disturbo alla malata, potrebbero in molta parte imbarazzare l'indagine eccitando la contrazione dei muscoli addominali. Poste ambo le mani sull'addome, esercitate dapprima una leggier pressione ed aumentatela di poi a misura che la paziente vi si abitua, cercando di occuparla col conversare, onde distrarne l'attenzione nel caso che per dolore o per timore avesse a prodursi contrazione dei muscoli addominali. Così vi informate del contorno generale dell'addome ed esaminando tanto i lati che il centro, voi scoprite se vi sia qualche tumore. Supposto che troviate qualche ingrossamento bisogna esaminarne bene la forma, il volume, gli attacchi e le aderenze, il grado di mobilità e di sensibilità e dolore prodotto dal vostro esame. Devesi quel tumore a cumulo di feci nel grosso intestino o ad ingrossamento di fegato o milza?: od è forse desso puramente il risultato d'una pienezza generale dell'addome prodotto da gas intestinali o da grasso nell'omento o sotto i tegumenti, piuttosto che conseguenza di qualche definita malattia? Se il tumore sembra sorgere fuori dalla pelvi è probabilmente formato dall'utero o sue dipendenze: se dall'utero, probabilmente sarà situato sulla linea mediana dell'addome: se dalle appendici occuperà l'uno o l'altro lato, o ad ogni modo rileverete che avrà occupata tale posizione dal primo momento che la malata se ne avvide. Altre circostanze a rilevarsi sono, se sia fluttuante, piano o irregolare; allora bisognerà passare a correggere o

la tolleranza fisica della paziente: ciò allo scopo, 1.^o di mostrare la vostra capacità nel diagnosticare; 2.^o di non esser obbligati a correggere il vostro concetto coll'aggiunta di altri segni fisici che in quell'occasione avete ommesso di rilevare e che trovate in altra susseguente visita; 3.^o di turbare il meno possibile la malata colle fisiche e morali sofferenze di tali investigazioni. L'urgenza del caso o lo stato sofferente della donna giustificano l'allontanarsi da tali precetti. — Non siate mai soli, sì per ragioni di decenza che per le eventuali emergenze, nel compiere il vostro esame, e non mancate, quando il potete, di avvertire alla convenienza che il marito non vi sia presente: la donna vi saprà buon grado del vostro avviso, che mira a disillusioni possibili e spiacenti. — Terminerò col dirvi essere previdenza utilissima quella di ingiungere alla malata che per la seconda visita non pulisca con lavature od iniezioni gli organi esterni e gli interni dai secreti di cui possono esser sede, onde non vi manchi il criterio della loro fonte o dei loro caratteri.

DE-CRISTOFORIS.

confermare coll'esame vaginale le impressioni ricevute dall'esame fatto attraverso le pareti addominali (3).

Di rado è necessario per l'esplorazione vaginale che la paziente si ponga in posizione diversa dall'usata in ostetricia (4). Sul continente dove le donne partoriscono generalmente sul dorso, spesso prendono tal posizione anche quando lo stato dell'utero richiede una indagine. Talvolta anche, quando si desidera apprezzare il grado di prolasso o spostamento all'imbasso dell'utero, o valutarne l'aumento di peso, o quando l'utero è molto in alto e non si può raggiungere facilmente, l'esplorazione vien fatta nella posizione eretta: non credo però che alcuno dei vantati vantaggi di tale posizione basti a controbilanciare gli ovvii inconvenienti (5).

(3) Non parmi necessario ricordare le condizioni volute per la buona riuscita di un'esplorazione addominale: dirò invece come questa dia talora risultati negativi affatto allorchè le pareti addominali sono adipose e di rilevante spessore; ciò che avviene non infrequentemente, mascherando in totalità i visceri contenuti nel ventre. In una donna magra all'incontro la mano dall'esterno può piombare profondamente nella cavità pelvica e incontrare il dito introdotto contemporaneamente in vagina misurando, per così dire, lo spessore dei tessuti profondi o dei tumori situati all'ingiro dell'utero. — Altro sussidio diagnostico, che in parte supplisce alla palpazione contrariata dallo spessore della parete ventrale è la percussione colla quale s'arriva a delimitare abbastanza bene un tumore segnando i confini della mutezza data da questo e della risonanza data dalle intestina; i maggiori servizii rende la percussione nei casi di massima ipertrofia d'uno dei visceri ipocondriaci confondibile con tumescenze delle ovaie o con ingrossamenti dell'utero, nei casi di complicazione della prima colle seconde forme, e nei casi di versamenti sierosi peritoneali congiunte a cistovario, a fibroma enormi uterini. Nel corso delle lezioni consecutive avrete campo di apprezzare in argomenti speciali questa verità di fatto.

DE-CRISTOFORIS.

(4) La scuola inglese ha adottata la posizione sul fianco sinistro per l'esplorazione ostetrica non a torto, giacchè viene per tal modo corretta in gravidanza l'inclinazione destra fisiologica del corpo dell'utero. Non così giustificata è tale abitudine nelle esplorazioni ginecologiche, dove anzi l'inclinazione viene ad essere imposta al viscere dalla posizione sul fianco: oltre di che il fatto dimostra potersi il dito spingere entro alla vagina assai meno quando la donna giace su di un lato che quando è supina colle natiche rilevate: nella quale attitudine tre dita si insinuano fra le natiche, il pollice passa sulla sintisi pubica e l'indice tocca così colla sua radice e può spingere innanzi l'orlo dell'ostio vaginale ed il perineo.

DE-CRISTOFORIS.

(5) L'utero che si prolassa nella posizione eretta, si ripone normalmente nella posizione supina: la prima dunque vuol essere praticata pel giudizio esatto della viziazione del viscere. La donna del resto che ha figliato, quella appunto in cui verificasi il prolasso non rifugge dalla esplorazione in piedi perchè già dovette sottoporvisi in gravidanza. Se si vuol evitare di far scendere dal letto la donna in cui si vuol verificare il prolasso dell'utero o della vagina, basta ingiungerle di compiere una forte e prolungata espirazione a bocca chiusa, intanto che o colla vista si verifica il vizio mentre si dilata il pudendo esterno o l'indice esploratore sente che l'utero si abbassa e si pinga contro di esso.

DE-CRISTOFORIS.

Posta adunque la paziente a giacere sul fianco sinistro, si introduce l'indice della mano destra come per l'esplorazione nel travaglio, e mentre lo si spingo lentamente indietro, si deve fare attenzione al grado di dolore che si provoca in ogni punto percorso. Bisogna rilevare lo stato degli organi esterni, poi quello della vagina se sia molto calda e gonfia, o fresca e rilasciata; se asciutta o bagnata dà abbondante secrezione (6). Si arriva così alla cervice dell'utero e si osserva se morbida o no, quale ne sia la lunghezza, il volume, la tossitura; se la bocca dell'utero sia aperta o chiusa; se le sue labbra siano piccole e lisce, oppure ruvide, irregolari. Dovete ricordarvi che dopo molti parti la cervice dell'utero è più corta o più larga che nella donna la quale non abbia mai figliato (cangiamenti che si rimarcano specialmente nella porzione che sporge in vagina e si chiama comunemente la porzione vaginale); e che la bocca dell'utero è di spesso aperta tanto da lasciar passare il dito con poca difficoltà. In questo caso però la superficie interna della bocca è liscia, e il tessuto della cervice molle e cedevole; mentre che se esiste malattia, l'interno della bocca sarà probabilmente irregolare e ruvido, e la sostanza della cervice rigida. Talora la superficie della bocca dell'utero presenta una levigatezza particolare quasi vellutata, od il tessuto ha in totalità resistenza minore della naturale; ed ognuna di queste particolarità, o la presenza di qualche corpo straniero tra le labbra dell'utero deve rimaner bene fissata in mente, affine di paragonare il risultato ottenuto dall'ispezione oculare con quello acquisito previamente dal senso del tatto.

Nel fare questo esame rilevate pure la posizione dell'utero, se mantenga la sua naturale direzione o sia venuto a porsi col suo asse in corrispondenza coll'asse della vagina, se sia piegato su sè stesso o in altra guisa fuori di luogo. Esaminate poi se l'utero abbia aumentato di peso, sollevatelo col dito e stimate meglio che potete il volume e il peso del viscere. Se coll'esplorazione attraverso le pareti del ventre avete

(6) All'ingresso dell'indice in vagina è pur necessario rilevare la condizione del canale uretrale, sede talvolta di sensazioni dolorose, in specie nel mingere. Il trovare addolentatura di questo canale e tumescenza dei tessuti che lo circondano giustifica il senso di peso, di occupazione locale che la paziente suppone provenire da prolasso dell'utero. È pure talvolta necessario verificare se esista o no aumento di secreto della mucosa uretrale onde assegnare il giusto valore al senso di bruciore che annuncia al pudendo esterno la donna ed allo scolo che ne macchia le biancherie e che può essere o no di carattere specifico. Per ciò fare, ripulite la mucosa del pudendo esterno, introducete l'indice in vagina, volgetene la superficie palmare in alto, e col l'apice pigiate dolcemente dall'indietro all'avanti tutto il decorso dell'uretra, mentre colla mano opposta tenete divaricate le grandi e le piccole labbra. Se esiste scolo uretrale lo vedrete uscire direttamente dall'orificio di questo canale e avrete tolto ogni primitivo dubbio.

DE-CRISTOFORIS.

scoperto qualche tumore, dovete tentare di assiecurarvi se siavi qualche nesso tra quello e l'utero, o tra questo e qualche altro tumore che possiate scoprire entro la pelvi, e se la pressione sull'uno modifichi in qualche modo la posizione dell'altro. A tale intento è bene che la paziente sia coricata sul dorso: allora con una mano al di sopra del pube e il dito dell'altra mano entro la vagina si potranno valutare il volume dell'utero e i suoi rapporti con altro tumore, meglio di quanto sia possibile fare nella posizione sul fianco. Acceleratisi doi fatti sopradetti colla maggior finitezza possibile; resta compita l'esplorazione vaginale, ed altro non rimane che prender nota della presenza della perdita e degli altri suoi caratteri.

Talora è necessario l'esame tanto dalla parte del retto che dalla parte della vagina, nel caso che la paziente si lagni di dolori forti all'intestino, o che abbiate scoperto un tumore situato al di dietro o ad un lato dell'utero, o che per qualunque conto abbiate bisogno di esaminare la parto posteriore della pelvi o dell'utero, quanto completamente è possibile. La sola precauzione ad aversi, specialmente nell'esame dal retto, si è che in causa del fraporsi dell'intestino tra il dito e l'utero, questo sembra più grosso del reale: inoltre siccome il dito quando è introdotto nel retto giunge a livello della cervico dell'utero meno prontamente che per la parte della vagina, così si va a rischio di scambiare talvolta la cervice per una prominenza della parete posteriore dell'utero, o per un tumore ivi situato, o per una retroversione o retroflessione dell'organo, mentre realmente non esiste condizione alcuna morbosa.

In questi ultimi anni è invalso l'uso in molti casi di spingere a maggiore completamente l'esame tattile, col mezzo di un istrumento detto la *sonda uterina*. Infatti a varie epoche i pratici hanno in qualche caso speciale introdotto nell'utero un catetero onde capacciarvisi dell'ampiezza della cavità, o dell'assenza di qualche corpo straniero nel suo interno, o tentarono di correggero una retroversione di un utero non gestante col mezzo di uno strumento in esso introdotto (*). Per quanto mi sappia però, il francese Lair fu il primo che circa 30 o 40 anni fa raccomandò di sondare l'interno dell'utero (7),

(*) Il fu professore Oslander di Gottinga, usava il suo dilatatore dell'orificio dell'utero, che trovasi descritto nella dissertazione di Rosenmeyer, pubblicata a Gottinga, nel 1802, in tre occasioni per ridurre un utero retroverso non gestante. I casi furono pubblicati nel *Medicinisch chirurgische Zeitung* pel 1808, secondo Schmitt, che li riporta nel suo saggio *Ueber die Zurückbenzung der Gebärmutter*, 8.^o Wien, 1820.

(7) L'invenzione di uno specillo per le cavità uterine rimonta ad Ippocrate (libri sulle malattie delle donne e delle sterili e sulla superfetazione), ed è constatato che i medici greci ne facevano uso frequente, perfino smodato. Dopo di essi, tale strumento cadde in completo obbligo, e primo è l'italiano Morgagni che (nell'Epistola 45.^a, *De sedibus et causis morborum*) ce lo ricorda ancora, annunciandolo quale mezzo atto a differenziare il prollasso della va-

onde assicurarsi se la cervice sia libera di ostacoli, e se la cavità del viscere in generale sia in stato sano. Il suo libro è illustrato dai disegni degli istrumenti che egli adoperava a tal uopo (*), ed egli consigliava che fossero curvi come un catetere alla loro estremità uterina onde agevolare l'introduzione. Raccomanda inoltre d'introdurre la sonda coll'intermezzo di un cilindro metallico o specchio, per il quale si mette in vista dapprima la bocca dell'utero; modo di procedere il quale invece di facilitare l'introduzione dello strumento deve in molti casi averlo reso affatto impossibile. I difetti pratici del piano di Mr. Lair ne impedirono l'uso generale e i suoi suggerimenti furono in conseguenza presto dimenticati. Appartiene al D. Simpson (**) di Edimburgo il merito di avere non solo richiamato l'attenzione su questo oggetto, ma di aver anche inventato una sonda uterina ammirabilmente adatta alla sicura e facile esplorazione della cavità dell'utero (fig. 1). Il suo strumento composto di metallo flessibile, somiglia assai per forma e grossezza ad una sonda da vescica per maschio, avente una curva eguale e un manico schiacciato ed a superficie ruvida da una parte, alla stessa guisa del catetere. L'estremità uterina dello strumento termina in un piccolo bulbo onde prevenire le offese all'interno dell'utero, mentre incisioni trasversali alla distanza di un pollice l'una dall'altra servono ad indicare la distanza cui la sonda è penetrata nell'utero ed a marcare così la capacità del suo cavo. Una leggiera prominenzza a due pollici e mezzo di distanza dà la media lunghezza della cavità dell'utero sano, mentre una profonda depressione a 4 pollici e mezzo misura un volume che, eccetto circostanze eccezionali, il viscere raramente eccede (***) (8).

(*) *Méthode nouvelle du traitement des ulcères, etc., de l'utérus*, 8.^e Paris, 1828. Deuxième édition, pag. 137. La prima edizione comparve circa due anni prima.

(**) In una serie di scritti del giornale mensile di Londra ed Edimburgo pel 1843.

(***) Molte modificazioni furono suggerite alla sonda uterina da Valleix, Kisch, Huguier, e ancora di recente dal dottor Kugelman d'Hannover (*Werhandl. d. Gesellschaft f. Geburtshülfe*, nov. 1761, *Zeitschr. f. Geburtsh.*, vol. XIX, pag. 129). Quest'ultimo è combinato con molto ingegno con una scala mobile che scorre sulla sonda istessa e indica la distanza a cui l'istrumento è entrato nell'utero, cosicché la prominenzza e le incisioni che ingombrano l'introduzione della sonda di Simpson sono oppresse. Le difficoltà nell'uso dello strumento originale sono però così lievi e la semplicità è di sì gran valore che io preferisco ancora la sonda di Simpson a qualunque altra varietà dell'istrumento.

gina dal prolasso dell'utero. Di poi i cultori delle malattie femminili, ognuno dietro criterii e norme individuali, se ne valsero nella diagnosi e nella cura, fino a Samuele Lair nel 1828. Ora è diventato strumento di necessità in ginecologia, ha parte importante in tutti i trattati e lavori di malattie femminili, e fu soggetto di pregiate speciali Memorie per Simpson (*Memoir on the uterine Sound. — Monthly Journal*, 1843; *Obstetric Memoirs and contributions*, Edinburg, 1853, tomo 1.^o), e per Huguier (*De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*. Paris, 1865).

DE-CRISTOFORIS.

(8) Una modificazione essenziale fu da Valleix portata alla sonda uterina di Simpson, giacchè tolta l'ampia sua curva, la rese retta fino alla distanza

Il modo di usare lo strumento è abbastanza semplice. Due dita della mano sinistra sono introdotti dietro la cervice dell'utero mentre la paziente giace o sul dorso o sul fianco, o la seconda si fa scivolare lungo le dita finchè la punta tocca la bocca dell'utero; allora, abbassando il manico verso il perineo e allo stesso tempo spingendo gentilmente lo strumento in avanti, entra nella cavità uterina. Non fa bisogno dire che non deve mai usarsi quando si ha il menomo dubbio di gravidanza, e in nessun caso devo introdursi con forza.

Nella maggioranza dei casi l'introduzione della sonda produce qualche dolore, sebbene quasi mai forte e quasi sempre breve; in nessun caso poi fu visto risultare conseguenze pericolose dal suo uso, sebbene sappia che l'imperizia o la precipitazione abbiano prodotto danno con questo come con qualunque altro degli strumenti fino ad oggi inventati.

Le nozioni che ci dà questo strumento sono spesso di molto valore, e di tal natura che non si ponno avere diversamente, od alle quali si potrebbe giungere soltanto assai a rilento e con ripetute esplorazioni. Se, in una malata che soffre di frequenti emorragie, constatiamo che la cavità uterina è di molto aumentata, l'immediato corollario si è che l'utero contiene qualche corpo straniero, come un polipo od un tumore fibroso, la cui presenza ha indotto e serve ad intrattenere l'emorragia. Se dubitiamo che un tumore provenga dall'utero o suoi annessi o da qualche altro punto della cavità pelvica, la sonda ci mette in facoltà di stimare il peso dell'organo e rafforzare la conclusione ottenuta da questa prova coll'isolare completamente l'utero dal tumore o così accertare positivamente la loro reciproca indipendenza. E finalmente, se l'utero è ripiegato su sè stesso sia sul davanti o sul di dietro, la diagnosi di tale condizione, una volta assai difficile, si ottiene ora spesse volte con facilità introducendo la sonda colla

di centimetri 6 dall'estremità uterina e solo in questo punto le diede una piccola curva avente un raggio di 12 a 14 millimetri: l'asta, munita di manico in legno, lunga in totalità 16 centimetri, è appiattita verso il lato che corrisponde alla concavità della curva ed è quivi in tutta la lunghezza graduata in centimetri: nel lato opposto l'asta è rotonda, ed a 4 centimetri di distanza dall'estremità uterina si fa più sottile e interamente cilindrica per terminare ad oliva. La sonda così costruita si adatta colla sua curva, meglio di quella di Simpson, alla curva che segna anteriormente l'utero fisiologico, e di conseguenza può esser mossa con maggiore facilità entro alla cavità del viscere. — Ormai tutti i ginecologi adottarono questa forma per la sonda uterina e abbandonarono l'altra. Ilguier la modificò recentemente coll'aggiungervi un bottone scorrente sull'asta a mezzo di una sottile asticella metallica, la quale passando pel manico è quivi fissata da una vite stringente (fig. 2). Collo spingere l'asticella si spinge anche il bottone fino a contatto dell'orificio esterno uterino, segnando così, dopo serrata la vite in modo fisso, il tratto di sonda penetrata in cavità uterina e riportando la lunghezza totale di quest'ultima.

DE-CRISTOFORIS.

sua concavità rivolta verso il tumore scoperto dalla vagina, ed osservando se o no quest'ingrossamento scompare facendo girare lo strumento. Non intendo dilungarmi in ulteriori dettagli su tal soggetto giacchè in appresso avrò a ritornare in molte occasioni su questo ottimo mezzo di diagnosi. La sonda uterina infatti non può sempre applicarsi, nè quando si applica rischiera tutti i dubbii; non ricordo però caso in cui la diagnosi basata sulle informazioni fornite da essa siano state dipoi trovate erronee (9).

(9) Il maneggio di questo strumento richiede la massima dolcezza nella introduzione sua, l'astinenza da qualunque sforzo trovando ostacolo o difficoltà la delicatezza dei movimenti laterali o di abbassamento ed innalzamento della estremità uterina (impressi a questa da movimenti del manico in senso opposto) necessari talvolta alla riuscita del cateterismo. Se la previa applicazione dello specolo rende più facile il primo momento con cui si insinua la sonda nell'orificio esterno, sonvi inconvenienti e ragioni che la debbono far ommettere: 1.º la dilatazione del fondo della vagina operata dalle branche dello specolo in taluni soggetti riesce di stimolo allo slintere interno della cavità cervicale e lo fa contrarre spasticamente, frapponendosi all'avanzamento della sonda; 2.º il maneggio e le evoluzioni di questa riescono stentati a cagione del campo limitato che presenta lo specolo in vagina, il quale, ad esempio, vieta che si porti la porzione esterna del catetere assai all'indietro verso la commissura posteriore quando il viscere è antivero; 3.º applicando lo specolo è d'uopo mettere a scoperto il pudendo della donna: atto inutile e che potete intralasciare abituandovi colla guida dell'indice di una mano ad imboccare l'orificio esterno dell'utero coll'apice della sonda tenuta dall'altra mano; con che l'operazione è resa più elegante, meno incomoda, e dà agli astanti ed ai colleghi presenti idea della vostra abilità manuale. — Le condizioni, secondo me, essenziali che lasciano facoltà di usare tale strumento sono le seguenti, *esclusione assoluta di qualunque sospetto di gravidanza, e convinzione che a raggiungere la certezza della diagnosi manchi solo il criterio dato dal cateterismo uterino.* Io mi sono persuaso che attenendovi a questi due precetti non avete mai a lamentare un'imprudenza, un accidente spiacevole, quale sarebbe la provocazione di un aborto. Le indicazioni per la sonda uterina risulteranno ad ogni argomento nel corso del trattato. Le controindicazioni sono costituite da tutti gli stati dolorosi degli organi generativi (metrite e perimetrite acuta, infiammazione flemmonosa delle dipendenze) dallo stato fisiologico (gravidanza e puerperio), dallo stato patologico di rammollimento del tessuto uterino, dalla vicinanza alla mestruazione, sia prima che dopo, infine dalle metrorragie. Ricordo, che nella donna che ha figliato la lunghezza totale delle cavità uterine oscilla fra mill. 55 e mill. 62, avendosi mill. 33 a 37 per la cavità del collo, e mill. 22 a 25 per la cavità del corpo — che nelle donne le quali non ebbero figli la porzione cervicale è più breve, e di conseguenza la sua cavità misura millimetri 18 a 20 — che arrivati all'orificio interno la sonda si arresta, trova difficoltà ad avanzarsi — che devesi quindi far rotare in vario senso e dolcemente la punta dello strumento — che sorpassato l'ostacolo fisiologico si inoltra agevolmente — e che infine un senso di dolore acuto riferito dalla donna all'ipogastrio vi avvertirà esser l'apice della sonda giunto a toc-

L'idea di adottare un mezzo con cui poter esaminare la condizione dell'utero non era affatto ignoto agli antichi, sebbene la maggior parte di questi strumenti, di cui ponno vedersi i disegni in vecchie opere d'ostetricia e che portavano il nome di *speculum matricis*, si usassero piuttosto per dilatare la bocca dell'utero durante il travaglio, che per esaminarne la condizione nelle malattie (*).

Uno strumento di tal genere però sembra sia stato talvolta usato nell'esame delle malattie dell'utero e vagina quantunque non sia venuto in uso comune. L'introduzione dello specchio nella pratica moderna, come mezzo di facilitare l'investigazione della malattia uterina non data più in là del 1821, quando l'istrumento fu adoperato per primo da Recamier. Questo, che era un semplice cilindro di forma conica, un po' arrotondato all'estremità uterina, e tagliato in isbieco all'altra estremità, fu poscia fornito di piccolo manico da Dupuytren, o più tardi vi fu adattato un tappo (*mandrin*), onde renderne l'introduzione più facile. Si usò di varie sostanze, ma il maggior miglioramento sotto questo riguardo lo si deve a Fergusson (Fig. 3). Invece di usar metallo che facilmente si appanna e non ha mai una buona superficie riflettente, o vetro, il quale (sebbene molto utile quando si devono applicare caustici all'utero od alla vagina, giacchè non agiscono sul vetro) è però soggetto a rompersi, e di più in causa della sua trasparenza non riflette molto, egli adottò il seguente piano: uno specchio di vetro viene inargentato sull'esterno, per cui la superficie interna è convertita in uno specchio facilmente pulibile, sul quale i caustici non agiscono. Lo specchio viene poi avviluppato in istrati successivi di tessuto di cotone, e ciascuno strato vien coperto con soluzione di gomma elastica, o quando il vetro ha ricevuto un rivestimento di sufficiente spessore si invernicia, costituendo così uno strumento ora generalmente in uso. La sua forma ad imbuto serve allo scopo di immettere la maggior luce possibile,

(*) Vedi osservazioni e citazioni che si riferiscono alla storia primitiva dello specchio, in Babilonia, *Organic diseases of the Womb*, pag. 41-43, vol. VIII. Londra, 1836.

care la volta della cavità uterina. Il modello di sonda Valleix è troppo grosso d'asta per taluni visceri a canali ristretto: è d'uopo allora usare di catetere più sottile. Per la qual ragione e per l'altra ancora del bisogno di imprimere allo strumento una curva più sentita o più lunga, onde adattarsi ai gradi di flessione del viscere, Huguier consiglia provvedersi di uno lungo stiletto d'argento avente le due estremità a forma di uliva, di diversa grossezza. Io mi feci fare e mi servo di tre aste d'argento cotte, una simile per forma e dimensioni a quella della sonda di Valleix, una seconda più sottile ma della medesima forma, una terza in totalità rotonda e più sottile delle altre: tutte queste tre aste si adattano ad un manico comune a mezzo di una vite premente, corrispondendo così commodamente alle diverse esigenze.

DE-CRISTOFORIS.

circostanza assai importante in questo caso, attesa la pratica comune di esaminare la paziente sul fianco; nella qual posizione la luce ha meno facile accesso alle parti, che se, come usasi sul continente, la paziente giacesse sul dorso. Scopo poi dell'essere lo strumento leggermente tagliato a sghembo all'estremità uterina, è di avere il vantaggio come se il diametro del cilindro fosse maggiore in tutta la lunghezza (*) (10). Questa declività dell'istrumento però non deve essere portata, come alcuni raccomandano, al punto da giungere ad un angolo di 45 gradi, giacchè si avrebbe l'inconveniente dell'intromettersi di una piega della vagina al davanti del collo dell'utero. Lo specolo che io uso vi può parere troppo lungo; ma dovete ricordarvi che la vagina è assai distensibile, e che, quando vi si introduce lo specolo, il canale è stirato tanto in lunghezza che in larghezza, cosicchè non si deve prendere come misura della lunghezza dello specolo l'ordinaria lunghezza della vagina. Credo che il non giungere alla bocca dell'utero dipenda il più delle volte da brevità dello specolo che da altra causa, e sono d'accordo coll'opinione del fu professore Lisfranc di Parigi (**), che lo specolo debba esser lungo sette pollici.

Malgrado la convenienza in genere dello specolo cilindrico, non è senza difetti per riguardo alla sua utilità. Siccome l'ingresso della vagina è più stretto delle altre parti del canale, avviene talvolta che uno specolo sia bensì abbastanza piccolo per passare senza arrecar molto dolore alla paziente, ma non sia poi lungo abbastanza per metter in vista in totalità il muso di tinca. Ma anche quando l'intera superficie viene scoperta, pure lo specolo cilindrico premendo le labbra della bocca dell'utero l'una contro l'altra può impedire di veder bene la loro superficie interna, e rendere incompleto, non soddisfacente

(*) Quest'utile modificazione dello specolo, fu, io credo, consigliata pel primo dal dottor Warden, *London and Edinburg Monthly Journal*, dicembre 1844.

(**) *Clinique chirurgicale, etc.*, vol. 2.^o, pag. 272.

(10) Per vero, questo è uno degli scopi, giacchè dall'estremità dello strumento tagliato a sghembo, può esser capita una porzione maggiore di cervice, se ingrossata, che non quando lo specolo termina con sezione verticale all'asse lungo. Ma un altro scopo si è quello di insinuarsi più facilmente col becco al disotto del collo uterino e guidarlo meglio nel lume di esso, allo stesso tempo che viene meglio difesa la parete vaginale inferiore dai liquidi che devonsi iniettare in cavità uterina e dai caustici che vogliansi applicare sul muso di tinca. Da Vienna io ho portato, nel 1863, uno specolo cilindrico a sbieco di caoutchouc della fabbrica Leiter (*Alserstrasse, 16*), che corrisponde assai bene ai bisogni per le iniezioni caustiche in cavità uterina e per tocchi caustici sulla cervice, giacchè non si lascia intaccare e serve a difendere la vagina da quei topici e dal calore del ferro rovente portato sull'utero.

DE-CRISTOFORIS.

l'esame. Per ovviare a questi svantaggi si costrussero specchi sul principio dei vecchi strumenti, composti di due, tre, quattro valve, così disposte che col girar di una vito o col chiuderne il manico le estremità libere si allontanano e così mettono in vista la bocca dell'utero senza allargamento dell'opposta estremità dello strumento. I migliori conosciuti sono lo specolo bivalente di Ricord, lo specolo tri e quadrivalente fabbricato da Charrière di Parigi; è uno strumento bivalente inventato da Coxeter, fabbricatore di strumenti al Collegio dell'Università. Lo strumento di Ricord, ed in grado minore quello di Charrière, hanno l'inconveniente che le pieghe della vagina possono prolapsare fra la lamina e così mascherare la bocca dell'utero. Tale obiezione non si può fare nella stessa misura allo strumento di Coxeter, ciascuna lamina del quale essendo un mozzo cilindro non lascia molto spazio vuoto quando sta aperto. Due o tre calibri dello specolo di Fergusson, e il bivalente di Coxeter, che è bene far galvanizzare in argento allo scopo di avere una miglior superficie riflettente, sono gli strumenti che abbisognano per l'esame oculare dell'utero (11).

(11) Due altri modelli di specolo devo raccomandare per la loro esperienza e sono quello di Segalas e quello di Cusco. Il primo, munito di caviglia ed articolato, è rappresentato da tre valve, due delle quali ad istruzione chiuso, si serrano l'una contro l'altra tanto da formare un canale a forma di elisse, mentre la terza scavalca interamente una delle due prime e ne copre la superficie esterna colla sua faccia interna. Aprendo lo strumento, la terza valvola si piega, le altre due si allontanano di tanto quanto quella è larga, e si ha uno specolo a forma cilindrica che non ha l'inconveniente dei comuni tubulari di penosa introduzione appena siano un po' grossi, ne compie ufficio identico non permettendo alle pieghe della vagina di di-cendere nel suo lume, o da una dilatazione sufficiente di questo canale (Fig. 4).

Il secondo specolo è, come dissi, quello di Cusco, detto per la sua forma a becco d'anitra, bivalente, articolato. È un prezioso mezzo che pone nella massima evidenza il fondo della vagina e la porzione cervicale dell'utero, attosa la divaricazione ampia di cui è suscettibile l'estremità sua quando è aperto, od altera la larghezza delle due valve; per guisa che anche nelle vagine ampie e flaccide è difficilissimo che una piega venga ad oscurare il campo visuale, mentre che è breve (centimetri 10 $\frac{1}{4}$), non si lascia spingere in fuori dagli sforzi della donna per la base ampia che assume all'estremità uterina quando è divaricato, aumenta per nulla di volume in corrispondenza dell'ostio vaginale, e può esser reso maneggevole e comodo a portarsi mercè l'articolazione dei manici sulle valve (*speculum Cusco à manches pliantes*) (Fig. 5). Io lo adopero da tempo, e la mia convinzione, appoggiata da quella di altri miei colleghi siliati, è che nessun altro specolo goda dei vantaggi di questo. Certo che l'abitudine decise il pratico in favore più dell'uno che dell'altro strumento, sì nella nostra specialità che in chirurgia; ma è pur certo che chi ha provato lo specolo di Cusco presto abbandona gli altri a valve, ai quali è superiore.

DE-CRISTOFORIS.

Sul continente la posizione, che si fa prendere all'ammalata onde sottoporla all'esame collo specolo è quella sul dorso, colle natiche appoggiate sul bordo di un letto o di un tavolo, e le gambe piegate all'insù verso il corpo, o i piedi appoggiati su due scrane tra le quali si mette il dottore. Non v'ha dubbio che in tal posizione della paziente la bocca dell'utero viene più prontamente a porsi nell'orificio dello specolo e che la luce vi può arrivare meglio che in ogni altra attitudine; pure la sua apparente sconvenienza ne è una così seria obiezione che, eccetto speciali circostanze, si preferisce introdurre lo specolo giacendo la malata sul fianco sinistro. In questa posizione anche, a meno che la bocca dell'utero sia in grado notevole rivolta all'indietro verso il sacro, si può ottenere generalmente una buona visuale perchè la paziente giaccia col corpo direttamente attraverso il letto, colle anche sul bordo, e le coscie retratte verso il tronco; nella stessa attitudine insomma in cui metteremmo una persona su cui fossimo per applicare il forcipe durante il travaglio. Se la paziente non fosse a letto, le stesse precauzioni circa la sua posizione si dovrebbero prendere o su di un sofà o su di un divano; e curando anche poco la disposizione dello sue vesti si potrà impedire ogni inutile mostra del di lei corpo. Lo specolo previamente riscaldato e lubrificato è introdotto allora colla mano destra mentre colla sinistra si divaricano le labbra e lo ninfe.

Bisogna aver cura di passare l'estremità dello specolo completamente nell'apertura della vulva, giacchè, se non si bada a tal precauzione, una piccola duplicatura della forchetta viene spinta talora sul davanti dello strumento, cagionando inutile dolore alla paziente. Il maggior ostacolo all'introduzione dello specolo si riscontra all'ingresso in vagina: bisogna superarlo con dolce sforzo, e non in modo che s'approssimi alla violenza. Lo specolo allora prosegue con facilità, e quando è entrato per qualche tratto voi ritirate il tappo e probabilmente troverete già la bocca dell'utero nel campo visuale. Dovete però ricordarvi che le pieghe della vagina talora penzolano davanti all'estremità introdotta dello specolo e lasciano tra loro una piccola apertura che per errore può essere presa per la bocca dell'utero; epperò movendo un po' l'istrumento, il contorno dell'orifizio si altera e le pieghe vaginali si dispongono in forme differenti. Se avendo introdotto lo specolo ad una certa profondità non appare la bocca dell'utero, è probabile che l'abbiate oltrepassata, che cioè l'istrumento sia andato a finire nel *cul di sacco* della vagina; al di dietro del collo dell'utero. In tal caso ritirandolo con dolcezza e per gradi, la bocca dell'utero diverrà probabilmente visibile; se no, movete leggermente lo specolo in senso laterale destro o sinistro, giacchè verosimilmente l'utero non trovasi affatto nella linea mediana; da ciò la difficoltà di porlo in vista. Una volta ottenuta la bocca dell'utero entro lo specolo, un piccolo maneggio basterà in generale a rimuovere ogni piega di vagina che ingombri la vista; che se il collo dell'utero è molto ingrossato, potreste essere costretti ad esaminare



prima il labbro anteriore, poi il labbro posteriore dell'organo, ed in tal caso troverete lo specolo bivalve più utile del cilindrico (12).

(12) Chi più di tutti si è allontanato dai modi conosciuti fin qui di esplorazione dell'utero, facendone un proprio metodo e costruendo uno strumento originale, si è il Sims di New-York (*Notes cliniques sur la chirurgie utérine*: traduzione di Lheritier. Parigi, 1866).

Il sistema di esplorazione è basato sull'ampliamento spontaneo del canal vaginale in conseguenza dell'ingresso violento dell'aria esterna, quando, mediante la posizione adatta che descriverò, la parete anteriore della vagina si allontani per il proprio peso dalla posteriore che è fissa ed immobile, intanto che l'utero e tutti i visceri addominali e pelvici si spestano e vanno a gravitare verso l'epigastrio distendendo le pareti ventrali poste in rilassamento. Le condizioni che si richiedono per ottenere appieno questi fini stanno nella posizione che deve tenere la paziente; e cioè, posta ginocchioni su di una tavola o sul letto, colle ginocchia divaricate fra loro per 7 ad 8 pollici, le coscie ad angolo retto col piano su cui si trova, il tronco inclinato all'avanti, la testa riposante sulla tavola col parietale sinistro fra le due mani, i cubiti divaricati sui luti: le vesti completamente sciolte onde evitare ogni compressione delle pareti addominali, mentre la respirazione vuol essere compiuta facilmente ed i muscoli del ventre tenuti in pieno rilassamento. In tale posizione appena che il chirurgo elevi le natiche, l'aria esterna entra violentemente in vagina e la distende. Questo è il momento di applicare lo specolo *ad hoc* ideato da Sims, di cui vedonsi la figura ed i due modelli (Fig. 6 e 7 coll'indicazione delle dimensioni rispettive), di cui il più piccolo è il *verginale* per i casi d'imene intatta, l'altro è per uso comune nelle donne maritate e che hanno figliato. La valva, introdotta colla convessità in alto verso la concavità del sacro, appena abbia percorso il canal vaginale ne mette in evidenza tutta la superficie e con essa la porzione cervicale dell'utero che per la forzata antiversione acquistata dal viscere, guarderà all'innalto verso la concavità dello specolo. L'istrumento e la posizione ora descritte, furono da Sims trovate accidentalmente e di poi applicate specialmente alla diagnosi della fistola cisto-vaginale. Riconoscendo quanto sia superfluo affaticante tale atteggiamento nel trattamento delle forme semplici uterine, tentò con pieno risultato e con vantaggi pari alla posizione in ginocchio, il *decubito laterale sinistro*, usato abitualmente dagli Americani. In questa posizione l'ammalata è sdraiata sul fianco sinistro, le coscie flesse presso a poco ad angolo retto sul bacino, la coscia destra un po' più dell'altra: il braccio sinistro è proiettato all'indietro: il torace torto in basso, in modo da appoggiare lo sterno contro la tavola: la colonna vertebrale è in estensione completa; la testa della malata riposa sul parietale sinistro, senza esser flessa: infine il bacino deve essere avvicinato ai bordi della tavola. Da 20 anni Sims compie l'esame degli organi genitali esclusivamente nel modo e coll'istrumento descritti, nè si cura nel suo libro di fare confronto fra il suo sistema e quello presso noi usato, in posizione cioè supina e con speculum articolato. Questo farò io, daccchè in questi ultimi tempi ho voluto seguire l'insegnamento di Sims applicandolo quanto più di sovente mi fu dato per valutarlo in tutti i suoi lati. — Esclusa dalla questione la positura in ginocchi, troppo malagevole e penosa, e da riservarsi solo, quale necessità, alla verificaione ed al trattamento della fistola

Vi sono altri piccoli dettagli circa l'uso dello specolo che è bene conoscere, ma che si imparano meglio coll'osservazione propria e la

cisto-vaginale, egli è certo che vantaggi grandi sono presentati dall'esplorazione Sims, adagiando la donna su di un fianco, giacchè: 1.^o viene risparmiata una dilatazione talvolta penosa della vagina, spesso dolorosa dell'ostio vaginale, inevitabili quando si faccia uso di specoli articolati; 2.^o il muso di tinca e l'orificio esterno dell'utero non soffrono stiramento, quindi non viene alterato il colorito della mucosa: ciò che avviene cogli specoli a valve, i quali, appena si sia obbligati a divaricarli per lassezza della vagina aprono l'orificio esterno, e collo stiramento dei tessuti spesso inducono dapprima pallore, poi lividore delle parti messe in evidenza; 3.^o a cagione che l'utero cade in totalità in basso in un colla parete vaginale anteriore in conseguenza della posizione data al ventre e del rilasciamento delle sue pareti, riesce sommamente facile l'applicazione talora richiesta di spugne o di pallottole di cotone mediate, o di pessarii dietro la porzione cervicale dell'utero, nello stesso tempo che questa non è menomamente urtata dai corpi suddetti nel momento che vengono portati nel fondo cieco posteriore della vagina: inconvenienti che non mancano mai usando per tali emergenze uno specolo articolato, e che sono poi maggiormente sentiti quando le dette applicazioni si vogliono fare senza previa introduzione di specolo, sulla guida del dito; 4.^o quando l'utero è in retroversione, lo spostamento di totalità dell'utero e l'inclinazione all'innanzi che assume il corpo del viscere pel suo stesso peso, indotti dalla posizione inflitta alla paziente, correggono la retroversione spontaneamente, mettendo la porzione cervicale col muso di tinca in piena evidenza.

Questi vantaggi, che potrei riscontrare dall'uso quasi esclusivo di questo metodo esplorativo durante alcuni mesi, non sono pochi e insignificanti; ed io dovevo farveli notare e metterli in luce onde premunirvi dall'errore che è comune in argomenti di pratica manuale, di tenerci sempre legati alle abitudini contratte e opporci ostinatamente alle innovazioni sia col non esprimerle sufficientemente, sia col tenerci contenti di un metodo che ci corrisponde già sufficientemente bene. Insisto adunque perchè abbiate a seguire il consiglio recente di Sims ad onta delle due obiezioni che gli vengono fatte: esser cioè necessaria l'assistenza di una seconda persona per tenere in sito l'istrumento durante la medicazione dell'utero, e adattarsi con difficoltà le nostre donne alla posizione descritta. Alla prima obiezione si risponde che la presenza di una terza persona è raccomandata dalle ragioni di convenienza e dalle possibili emergenze, come ebbi già a farvi notare: alla seconda si risponde che ogni abitudine va distolta quando vi si trovi utilità e che la donna si fa tosto persuasa, com'io verificai più volte, dei vantaggi che dissi presentare il metodo Sims a confronto dei conosciuti per l'esplorazione uterina e vaginale.

Chiudo coll'avvertire ad un accidente che segue al ritiro dello strumento ed al chiudersi del canal vaginale; la sortita cioè repentina dell'aria che vi si trovava, producendo un rumore spiacevole, di cui la paziente può arrossire senza colpa. Vi si ripara col porre una cannula di gomma elastica in vagina prima di ritirare lo specolo e senza che la donna se ne avveda.

DE-CRISTOFORIS.

pratica che per descrizione. Non è bisogno dire che vi sono casi (quello, per esempio, di donne non maritate) in cui solo la più urgente necessità deve giustificarvi dell'usare lo specolo: altri come nella maggioranza dei casi di cancro dell'utero in cui il di lui uso aggiungerebbe nulla di importante alle altre nozioni già acquisite: ed altri ancora in cui tale uso deve essere procrastinato se non affatto interdetto — tali, per esempio, i casi di estrema sensibilità delle parti, d'infiammazione o ulcerazione della vagina o del pudendo esterno. Tali restrizioni nell'uso dello specolo infatti parlano da sè abbastanza distintamente al senso comune e al giusto modo del sentire di ognuno, perchè non si esiti molto ad adottarle. Ma nell'ammetterle alcuni fra voi potrebbero forse essere inclinati ad andar più oltre, e dimandarmi se in complesso i vantaggi dell'uso dello specolo non contrabbilancino i mali risultanti dal suo abuso, se aggiungendo altre nozioni, o sussidiando le nostre risorse terapeutiche, giovi tanto da bilanciare le sofferenze fisiche e morali, che il suo uso produce non di rado sulle malate. Se propendessi fortemente per la negativa non avrei certo perduto il tempo a descrivervi l'istrumento ed a dirigerivi nel suo uso. Le restrizioni, che la mia esperienza mi induce ad ammettere, saranno meglio apprezzate quando parlerò di ciascuna malattia, nella cura della quale si credette di ricorrervi; e giuste o false che siano le mie opinioni, io non ho difficoltà ad esprimerle. Rispondere alla diretta quistione: *Qual è la vostra opinione circa lo specolo?* Sento essere affare difficile, che mi esporrebbe al rischio di essere frainteso.

Però voglio fare il meglio per rispondere a tale domanda. Coloro che introdussero lo specolo nella pratica lo usarono a due scopi; in parte come un mezzo nuovo di diagnosi, in parte come mezzo per adottare modi diversi di cura locale, che senza di esso erano impraticabili. Ora io credo che i vantaggi di queste topiche modificazioni per cui abbisogna lo specolo furono troppo esagerati, quantunque vi sieno casi mostratisi più ribelli ad altri metodi di cura, in cui i mezzi locali possono essere applicati con segnalato vantaggio. Nella valutazione dello specolo come mezzo diagnostico, credo che i progressi sulle cognizioni della malattia uterina, di cui lo specolo fu l'occasione indiretta per l'impulso che diede al loro studio, vengano talora confusi con quelle positive aggiunte che alle nostre cognizioni ne è venuto esclusivamente dall'uso di tale strumento. Tali progressi furono sinora molti, e la sincerità ci obbliga a riconoscere che furono dovute quasi esclusivamente a persone che, non contento dei mezzi anteriori di investigazione della malattia uterina, si studiarono di aumentarle coll'uso di strumenti. Le aggiunte date dallo specolo non furono certo gran che considerevoli; ma nondimeno tale istrumento ci fa capaci in molti casi di decidere prontamente e con certezza della natura di un caso che diversamente non avremmo compreso se non dopo lunga e diligente osservazione, di scoprire qualche piccolo polipo cui il dito solo non avrebbe riscontrato, di determinare

la sorgente di una profusa perdita leucorica, e decidere se fornita dalla cavità dell'utero o dalle pareti della vagina; di inferire dal rossore, dalla congestione e dalla abrasione della bocca dell'utero, lo stato dell'utero in generale e così dirigere il trattamento sul sicuro terreno dell'osservazione positiva, non sulla nuda presunzione. Mentre però ritengo prestare lo specolo in molti casi essenziali servigi, credo che i nostri sforzi debbano essere diretti a determinare il minimo di frequenza in cui l'uso suo è necessario. Questo non s'ottiene collo screditare lo strumento, molto meno coll'attribuire moventi poco onesti a coloro che lo usano, ma cercando parcamente ed onestamente di porre alle prove il valore dei dati che ne fornisce, e imparando a scernere tra quelle manifestazioni che scopre lo specolo quelle che sono o no di rilievo e d'importanza (13).

(13) Due istrumenti sussidiarii nell'esame fisico dell'utero sono: 1.^o il *tenaculum* (Fig. 8), con cui si trapassa la mucosa del collo, senza che sia arrecato dolore alcuno, e si arriva così a fissarlo, a portarlo verso l'orificio vulvare, ed a smascherarlo nei casi di antiversione afferrando il labbro anteriore e spingendolo un po' in avanti e in basso; 2.^o il *depressore uterino* (Fig. 9), col quale esercitando una pressione nell'interno del fondo cieco vaginale, al lato opposto a quello verso cui inelina la porzione cervicale, le si fa fare una specie di moto di altalena, e si mette così in piena evidenza il muso di tinca.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE III

MESTRUAZIONE E SUOI DISORDINI.

Importanza dei disordini di mestruazione, tre varietà di questi. — Relazione della pubertà tardiva coi disordini mestruali.

Amenorrea da cause locali, da mancanza congenita o da mala conformazione degli organi sessuali, da ritenzione dei mestruì per impedimento al loro scolo.

Amenorree da cause costituzionali. — Sviluppo tardivo, influenze di pregresse malattie. — Sintomi; la clorosi d'onde derivi. — Condizione del sangue. — Conseguenze dell'amenorrea.

Trattamento. — Principii che devono regolarlo, riguardo alla salute generale, alle funzioni uterine. — Emorragie vicarie, loro significazione, modo di condursi. — Importanza dell'abitudine in tutti gli sconcerti della funzione mestruale.

Richiamai nella prima lezione la vostra attenzione sull'importanza della funzione mestrna e sulla frequenza de' suoi disordini. Vi dissi che quasi ogni gravo disturbo del sistema generativo, almeno durante il periodo dell'attività sessuale, si manifesta con qualche disturbo di mestruazione; o posso aggiungere che talo disturbo è spesso il primo e talora per lunga pezza l'unico sintomo di una malattia anche grave. Ma voi conoscete pure che il disordine mestruale non dipende sempre da malo locale, che il disturbo della funzione non implica sempre alterazione di struttura, ma che una donna può avere mestruì scarsi, penosi od eccessivi senza che alcuna parte de' suoi organi generativi differisca in apparenza da quelli di individui in cui talo funzione si compie sempre nel miglior modo fisiologico.

I disordini della funzione mestruale essendo dunque così numerosi, così importanti e dipendenti da tanto vario cause, il meglio è di studiarli per primi, ed esaminare di poi le altre malattie del sistema sessuale, nelle quali, sebbene possa occorrere come sintoma il disordine nella mestruazione, pure non è nè il solo nè quello che richiede speciale considerazione nella cura dell'ammalata.

Egli è a tre grandi classi che si ha l'abitudine di riferire i diversi disturbi mestruali. O il catamenio non compare a quel periodo della vita in cui si presume naturalmente dovere apparire, o si sopprime in persone in cui si è già mostrato; o il suo flusso si fa con molto dolore, od è eccessivo in quantità o troppo frequente nei suoi pe-

riodi. Intendo considerare a sua volta ciascuna di queste tre varietà di mestruazione disordinata, alle quali fu dato rispettivamente il nome di amenorrea, dismenorrea e menorragia.

Voi sapete che il potere di perpetuare la specie è saggiamente il più tardo dono di natura, e che non si sviluppa finchè tutto il sistema non ha, sotto altri riguardi, raggiunto pressochè la sua perfezione. Di questa nuova potenza della donna la mestruazione ne è il segnale e la conseguenza indicante che gli ovarii sono capaci di portare a maturanza i germi, i quali abbisognano solo di essere fecondati per svilupparsi in nuovi esseri. Nel nostro clima la data delle prime comparse della mestruazione sta tra il 15.^o e il 16.^o anno (*): ma i cambiamenti della pubertà nella vergine, come quelli della dentizione nel bambino, non si compiono tutto ad un tratto, bensì si estendono ad un periodo di parecchi mesi, durante i quali le malattie sono più frequenti, e, come mostrano le nostre tabelle di mortalità, più fatali che in epoche anteriori paragonate col sesso maschile (**). La trepidazione con cui i parenti guardano l'avvicinarsi di quest'epoca è dunque naturale: nè è senza buona ragione che tale inquietudine s'accresce ancor più in proporzione del ritardo frapposto alla comparsa della prima mestruazione, giacchè quando la funzione mestrua si compì normalmente anche una sol volta, può ritenersi che molti dei pericoli della pubertà sono pressochè già passati.

Il dottor Whitehead di Manchester, cui la professione deve molto per alcune ricerche assai interessanti su tal soggetto, assicura che il pericolo di qualche sfavorevole accidente complicante il primo stabilirsi della mestruazione è molto maggiore quando è tardiva che quando è prematura, e che tra il terzo e la metà dei casi in cui ritarda fino a 19 anni e più, la sua comparsa associasi a disordine o locale o costituzionale — dichiarazione che coincide colla mia propria esperienza (***).

(*) Il dottor Whitehead di Manchester dà 15 anni, 6 mesi e 3 settimane qual media di 4000 casi in cui egli investigò tale soggetto. Vedi pag. 47 del suo *Treatise on abortion and sterility*, 8.^o London, 1847.

(**) Così Quetelet e Smith nelle loro opere, *Sur la reproduction et la mortalité de l'homme*, 8.^o. Bruxelles, 1832, mostrano che, mentre nell'infanzia la mortalità dei due sessi è eguale e che predomina quella dei maschi, la mortalità della femmina ascende ad un tratto tra i 15 ed i 18 anni di vita a 1,28 per maschi morti, e scende di nuovo nei 4 anni successivi alla proporzione di 1,05 per le femmine contro 1 maschio.

(***) La tavola di Whitehead, *lib. cit.*, p. 48, dà i seguenti risultati:

Prima mestruazione	Numero totale dei casi	Numero sfavorevole	Per cento di sfavorevoli
Da 10 a 14 anni	1141	224	19,63
» 13 a 16 »	1728	324	18,75
» 17 a 18 »	892	247	27,69
» 19 in avanti	239	97	40,58
Totale	4000	892	22,30 media

La pura circostanza però di una ragazza che abbia passato l'età in cui usualmente compare la mestruazione, senza che si sia compiuta tale funzione, non è per sè una ragione perchè il medico se ne occupi. La data della pubertà varia largamente ed una donna può mestruare a 10, un'altra a 20 anni senza che la salute dell'una o dell'altra ne soffra perciò di necessità. Ordinariamente la mancanza di mestruazione in giovani diverse, del resto sane, si accompagna coll'assenza di qualche altro segno di pubertà, indicando un generale tardivo sviluppo sessuale, alla stessa guisa che senza causa apparente un albero produce fiori e frutti più tardi di un altro. Questo però non è sempre il caso, e si danno esempi di soggetti in cui la fecondazione precedette la mestruazione, esistendo la pienezza del potere sessuale, quantunque non manifestantesi co' suoi segni ordinari. Tali casi erano di maggior imbarazzo ai medici di altri tempi che non a noi, che sappiamo come la perdita di sangue non sia parte essenziale della mestruazione, ma che la maturanza e l'espulsione dell'ovulo possa aver luogo indipendentemente da essa. Un esempio di ciò mi arrivò in una donna che non avendo mai mestruato, maritossi a 20 anni, e restò subito fecondata; nè i mesi comparvero che dopo la nascita del primo figlio, quantunque in seguito abbia mestruato regolarmente ed abbia avuto una famiglia numerosa. Questo però è assai raro e v'è sempre ragione di temere che una donna non mestruata prima del matrimonio rimanga poi sterile. Inoltre è pur possibile che la non comparsa dei mestruì dipenda da qualche congenita imperfezione, la quale può riuscire perfino di impedimento all'amplesso sessuale come sarebbe la mancanza o l'imperfetta formazione della vagina. Adunque se vi viene domandato consiglio sulla convenienza di maritare una zitella che non abbia mestruato, raccomandate di dilazionare, e, nel caso siate pressati, non date la vostra sanzione finchè non vi siate assicurati non esistere alcun serio difetto di struttura. Il patema di questo esame sarà ben minore dell'angoscia che deriverebbe alle famiglie ed agli sposi quando una donna, avente

in 566 casi in cui verificai le date della prima mestruazione occorsero in ordine di frequenza, come dalle seguenti tabelle, o dolori vivi, o perdite eccessive, o irregolarità di epoche, o disordini generali di salute. Le conclusioni che ne derivano sono le stesse che risultano dalle più estese ricerche di Whitehead.

Prima mestruazione		Sfavorevoli	Per cento di sfavorevoli
Meno di 15 anni	228	41	17,9
tra i 15 e i 17 »	220	33	15
tra i 17 e i 19 »	92	22	23,9
dai 19 in avanti	26	11	46,1
Totale	566	107	27,5 media

qualche importante mal conformazione degli organi genitali contraesse matrimonio (*).

L'amenorrea per imperfetta formazione degli organi genitali può dipendere o da cause che prevengono il compimento della funzione mestrua, o che si frappongono allo scarico del fluido mestruo. Casi del primo genere sono per fortuna rari, giacchè dipendono dalla mancanza o difetto di formazione e degli ovari, sono dessi completamente fuori delle risorse mediche: mentre quelli dell'ultimo genere sono suscettibili generalmente di una cura. In alcuni casi della prima classe, il carattere sessuale si sviluppò affatto imperfettamente e la donna non provò nessuna periodica ricorrenza di quei sintomi che generalmente presagiscono l'apparire dei catamenii, mentre in altri lo donne furono soggetto a periodici attacchi di dolore al dorso, ai lombi ed a tutti quei segni di sofferenza con cui si associa spesso il flusso mestruo, e presentarono nello loro formo esterne tutti i dati di perfetta pubertà femminile. Non è facile render ragione di tutte queste differenze, giacchè in alcuni casi, in cui il carattere sessuale era imperfettamente marcato, si trovarono dopo morte le ovaje abbastanza ben formate, sebbene mancasse l'utero o fosse appena rudimentale.

Sono pochi i casi conosciuti di asserita mancanza d'ambo gli ovarii a dispetto di una normale conformazione degli organi genitali. Tali casi per altro sono assai rari, ed è probabile che esistessero gli organi ma in uno stato di poco sviluppo. Meno infrequente è il caso di mancanza di un ovario; mal formazione generalmente associata a mancanza delle dipendenze uterine dello stesso lato, e talora anche del rono corrispondente; circostanza che non devo farvi sorpresa se vi richiamato il modo di sviluppo dell'apparato urinario e genitale, e l'intimo rapporto che havvi tra di loro ai primi periodi dell'esistenza fetale. Meno infrequente dell'assenza dell'uno o dell'altro ovajo è il persistere di ambedue, durante tutta la vita o per gran parte di essa, nella condizione che offrono nell'infanzia e fanciullezza, con traccio appena di vescicole Graafiano nel loro tessuto. Questo manco di sviluppo dello ovaje si associa quasi sempre a deficiente sviluppo dell'utero o degli altri organi sessuali; e non fa bisogno dirvi che quando esiste, la donna è sterile.

Ebbi a notare due casi in cui s'avova ragione di credere alla presenza di qualche difetto di sviluppo degli ovarii. La prima paziente era donna di 43 anni, maritata da 20 anni, mai mestrata nè fecondata: in essa gli organi del sesso erano ben formati, quantunque l'utero fosse piccolo e vi fossero i desiderii sessuali (14). L'altro caso

(*) Un fatto importante ad illustrazione di ciò è riportato dal dottor Meigs a pagina 119 della sua traduzione di Colombat, *On diseases of females*, 8.^a Philadelphia, 1845.

(14) L'atrofia d'utero non implica assolutamente assenza del flusso catameniale: io ebbi l'occasione di incontrarmi in due casi di donne adulte, le

era di una giovine ragazza di circa 22 anni, che fu per qualche tempo in cura del fu dottor Roupell per patimento di quei vaghi sintomi di disordine della salute generale che esistono di spesso quando è ritardata la comparsa dei mesi. Presentava i caratteri generali della pubertà, ma la vagina era assai piccola, e l'utero non più grosso di quello di una giovine fanciulla. Non so cosa avvenne in seguito, ma è assai possibile che l'evoluzione de' suoi organi sessuali, sebbene ritardata, abbia poscia avuto luogo, e sia stata seguita dal dovuto disimpegno delle loro funzioni.

Simili condizioni (*) c'interessano più come fisiologi che come pratici; noi possiamo solo indovinarne l'esistenza, ma nulla fare per la loro cura. Sebbene non tanto oscuri, pare altrettanto senza speranza sono i casi in cui manca solo l'utero, o come più spesso si verifica, è rappresentato da uno o due piccoli corpi della grossezza di una fava od anche mono, formati di vero tessuto uterino, rudimenti, direi quasi, dell'organo mancante? Questa mancanza d'utero può coesistere con una condizione perfettamente naturale degli organi esterni; mentre la vagina, che è generalmente molto più corta del naturale, termina in un *cul di sacco*. Il solo caso ch'io vidi di tale mala conformazione fu in giovine donna di poco più che 20 anni, maritata da pochi mesi e che ricorse al fu dottor Ugo Ley per un certo ostacolo al completo amplesso sessuale. Aveva dessa l'apparenza di una donna bene sviluppata, ed i di lei genitali esterni erano affatto naturali, ma la vagina non era più lunga di un pollice e mezzo, e terminava in un fondo cieco, al di là del quale non si potè sentire l'utero, nè scoprire traccia dall'esame pel retto (**). Oltre questi casi però in cui la non comparsa dei mestrui è dovuta a causa, che non è in poter dell'arte di rimediare, ve ne sono altro in cui gli ovarii

(*) Numerosi rapporti di casi di mancanza d'ovarii o loro imperfetto sviluppo si trovano in Cheran, *Traité des maladies des ovaires*, Paris, 1844, pag. 78-91, ed in Meissner, *Frauenkrankheiten*, vol. 2.^o, p. 28; ed il dott. Thudicum di Londra pubblicò nel *Monatsschrift f. Geburtshunde*, aprile 1855, p. 272, una diligente analisi di 21 casi raccolti da varii autori in cui l'utero o mancava affatto od era puramente rudimentale.

(**) Chinnque voglia studiare l'argomento delle difformità d'utero in tutti i loro rapporti troverà ampio materiale accumulato nella diligente opera di Kussmanl, *Von dem Mangel, der Verkümmerng, etc., der Gebärmutter*, 8.^o Würzburg, 1859.

quali non avevano figliato, ma erano mensilmente visitate dalle purghe ed in misura discreta: in ambedue l'utero all'esplorazione vaginale e rettale poteva giudicarsi non più grosso di una noce comune, manifestamente quindi sproporzionato all'età del soggetto, atrofico. La mestruazione manca del tutto quando l'utero è tanto minimo da rappresentare una piccola papilla; condizione che nella massima parte delle volte si associa ad atrofia ancora delle ovaja. I due casi da me osservati e qualche altro raccolto dai pratici provano che purchè esistano e funzionino le ovaja, la congestione fisiologica dell'utero si fa e con essa l'emorragia esterna, sempre però proporzionalmente alla estensione di rete vascolare e di superficie mucosa del viscere.

DE-CRISTOFORIS.

esistono ed eseguisciono le loro funzioni debitamente, in cui esiste pure l'utero, e il flusso periodico ha luogo dalla sua membrana, ma il sangue effuso non trova la via di discendere a motivo della chiusura congenita della bocca dell'utero, oppure della mancanza o dell'occlusione della vagina.

La non comparsa dei mestruî per una di queste cause è senza dubbio molto rara, ed alla mia osservazione giunse un solo caso di imene imperforata. A giudicare dalle storie riportate di tali casi, presentano tutti una certa rassomiglianza fra di loro, e sono tutti distinti pel verificarsi al periodo ordinario, o subito dopo, dei segni usuali della pubertà, eccetto solo la comparsa dei mestruî. Quando mancano i sintomi premonitorii, che in generale li iniziano, sono provati con maggior gravità che d'ordinario. Questi sintomi cessano e ritornano di nuovo dopo il lasso di circa un intervallo mestruale, finchè dopo molti mesi appare un ingrossamento di ventre che cresce a gradi ad ogni periodica esacerbazione dello sofferenze dell'ammalata.

La storia della paziente, la mancanza di mestruazione lungo tempo dopo il periodo in cui ordinariamente compare, e ciò malgrado la ricorrenza dei sintomi costituzionali che in generale la accompagnano, associato al progressivo sviluppo dell'addome, ci conduce a riconoscere col tempo le cause dei sintomi, o ad istituire mezzi chirurgici per allontanarli. Vi sono ancora parecchie circostanze che concorrono a far sì che l'aumento del ventre tardi a farsi apparente e non raggiunga, anche dopo lungo lasso di tempo, un volume grande, quale alla prima si sarebbe potuto aspettare. Ogniqualvolta esiste un ostacolo meccanico allo sgorgo del sangue mestruo all'esterno, essi sono versati quasi sempre in quantità molto minore del naturale; fatto che dovrò richiamare quando parlerò di alcune forme di dismenorrea. Dipiù non deve supporre che il sangue versato dentro la cavità uterina vi si raccolga senza l'influenza dei processi citati del restante dell'economia. Al contrario i vasi assorbenti sono molto attivi nel dissipare il sangue effuso, e l'esame microscopico mostra che esso subisce alterazioni analoghe a quello del sangue effuso altrove, e viene smaltito per processo identico (*). Oltre a ciò il sangue stesso in alcuni casi pare che sfugga attraverso le estremità fimbriate dalle trombe fallopiane per entro alla cavità addominale, dove allora viene assorbito senza cagionare alcun sintomo pericoloso, sebbene in altri casi una peritonite fatale susseguia a tale accidente (**).

Un'altra cautela in riguardo a questi casi non sarà qui fuori di

(*) Vedi l'interessante resoconto del H. Müller, sull'esame del sangue mestruo trattenuto in due casi di atresia di vagina, nel *Zeitschrift di Henle e Pfeuffer*, vol. 5.^o, 1846, p. 140.

(**) Una serie di Memorie di M. Bernutz, negli *Archives de Médecine* del giugno, agosto e settembre 1848 e del novembre 1849, hanno relazione con ciò e possono consultarsi con vantaggio. Questi studi si trovano riprodotti in forma più estesa, e con molte osservazioni addizionali nel primo volume dell'opera *Sur les maladies des femmes*, 8.^o, Paris, 1860, da lui pubblicate assieme a M. Goupil.

luogo, e questa si riflette alla prognosi circa il risultato di qualche operazione praticata per la loro cura. Sebbene in generale favorevole, non bisogna dimenticare che talora a cagione della infiammazione, un'operazione così semplice, qual'è la pura incisione di un imene impervio, fu seguita da esito fatale; e ciò prodotto in qualche caso da sangue versato nell'addome per la via delle trombe fallopiane, quantunque esistesse in vagina un'apertura ampia abbastanza da permettere il pronto scarico delle vie naturali (*) (15).

I processi d'infiammazione degli organi sessuali in donne già menstruate, od anche già madri, sono talora seguiti da amenorree, sia per residuo morbo della ovaia che mette fine all'esercizio della funzione, o per aderenza dei bordi della bocca dell'utero od agglutinamento delle pareti del collo o per offesa alla vagina, sfacelo delle sue pareti e susseguente oblitterazione del canale. In alcuni di questi casi, come in quelli di congenita malconformazione, il fluido mestruo può raccogliarsi entro la cavità dell'utero e necessitare l'evacuazione per processo chirurgico. La semplice ostruzione delle vie per le quali deve scolare la perdita mestruale, sembra però sia talora susseguita dalla sua completa soppressione; ed io ho conosciuto casi in cui i catamenii cessarono permanentemente dopo un travaglio faticoso, seguito da oblitterazione della bocca dell'utero e adesione delle pareti vaginali, anche quando non v'era ragione per supporre che tanto il corpo dell'utero che le ovaie fossero stati sede di grave esito di infiammazione.

Fatte queste poche osservazioni sulla non comparsa o sulla soppressione dei mestruai per cause richiedenti intervento chirurgico, desidero richiamare principalmente la vostra attenzione a casi di amenorrea da cause richiedenti l'intervento medico (16).

(*) Come in un caso riportato da M. Marchand de Massé negli *Archives de Médecine*, luglio 1861, in altri raccolti di Bernutz, lib. c.^a, e in un caso che venne a mia cognizione all'ospedale San Bartolomeo.

(15) Dell'atresia dell'apparato genitale esterno e della vagina, cause meccaniche di amenorrea, se ne parlerà più avanti, agli articoli delle malattie di quei singoli organi.

DE-CRISTOFORIS.

(16) L'argomento è di tale interesse che merita qualche dilucidazione, ch'io mi permetto di darvi. *Congenite ed accidentali* sono le atresie del collo uterino: queste ultime, effetto più frequente di aderenze consecutive ad esculcerazione cronica cicatrizzata del canale o dell'orificio esterno, a cauterizzazioni ivi portate per la cura di fungosità e catarri cronici, a lacerazioni avvenute in parte laborioso. *Semplici* oblitterazioni sono quelle che riscontransi in utero unico, *complesse* quelle in un utero bifido di cui un corno sia divenuto impervio. Egli non è facile che ad una prima ritenzione del sangue d'una mestruazione si possa tosto sospettare l'accidente, giacchè il sangue raccolto è in poca quantità ed i fenomeni fisici sono di poco rilievo. È quasi impossibile per contrario che alla 4.^a mestruazione ritenuta entro

Ma prima di entrare in dettagli su ciò devo ricordare che il puro ritardo all'apparire dei catamenii, oltre il tempo in cui si mostrano abitualmente, non domanda per sè l'opera nostra e non ci autorizza ad inquietudine alcuna. Come tutti gli altri processi di sviluppo, così quello del sistema genitale ammette considerevoli variazioni di tempo senza che di necessità passi i limiti di salute. Infatti, come ad un fanciullo spuntano i primi denti a 7 mesi, mentre in un altro spuntano a 12, così una ragazza può mestruare a 14, 15 anni ed un'altra

all'utero non appaja evidente lo stato delle cose e possa essere scambiata la vera condizione con qualsiasi altra. Nelle esacerbazioni periodiche l'occupazione ipogastrica aumenta, un senso di ingorgo è percepito nel bacino e nelle coscie; il retto e la vescica se ne risentono con tenesmo che seguita l'escrezione; l'utero aumenta di volume e tende sempre più ad una anti-versione; il collo uterino più voluminoso si avvicina all'ostio vaginale; il pudendo esterno è sede di gonfiore edematoso; ben presto e d'improvviso, come avvertono tutti gli specialisti, verso le fosse iliache all'esterno esame e verso il fondo cieco vaginale all'interna esplorazione si rileva tumescenza abbastanza considerevole, che fa corpo coll'utero, viene smossa con esso dal dito esploratore, e tende a far inclinare dall'uno o dall'altro lato l'utero e ad inchiodarlo sempre più nella situazione acquistata. Questi tumori si manifestano tesi e fluttuanti, non però in modo evidente, all'esplorazione combinata vaginale e addominale. Sono costituiti dalla distensione d'amendue le trombe o di una sola. Dolori da contrazioni intermittenti dell'utero, simili a quelli del parto, sotto le quali, se riuscite vane a sormontare l'ostacolo dell'orificio uterino, il sangue raccolto passa per le trombe o per una scerpolatura di qualche punto entro al peritoneo: da ciò consecutiva peritonite (*pelvi-peritonite emorragica mestruale*). Talvolta però quest'ultima è semplice effetto del risentimento della sierosa per lo stato di tensioni degli organi che involge. Ben tosto accedono fenomeni nervosi, convulsioni isteriche, agitazione, movimento circolatorio accresciuto. Questo quadro, anche perdurando l'ostacolo, va scemando di intensità qualche giorno dopo l'epoca mestruale, per ridestarsi ancora più intenso alla prossima ovulazione. Epperò devesi notare che negli ultimi periodi l'aggravarsi dei sintomi è minore che non nei primi, perchè appunto pare che il flusso catameniale in quello stato di cose si faccia in grado minore. Il *retentum* mestruale viene alla fine espulso spontaneamente, o per gli sforzi naturali del viscere in contrazione o per processo suppurativo che si aperse una strada all'esterno. Il sangue espulso ha subito lievi modificazioni, preservato com'era dall'aria esterna, ed esce talvolta a forma di stillicidio lento ma continuo (*amenorrea distillante* di J. P. Frank): la quantità del sangue emesso è in relazione col numero delle ritenzioni mestruali. Un fatto rimarchevole è il poco o nessun turbamento della salute generale occasionato da questo stato di cose: carattere che serve a distinguerlo dall'ematocele perituterino, in cui il sangue, per rottura di vasi, effuso nel peritoneo può essere ingento e portare fenomeni generali. Il patimento dell'organismo nel trattenimento del sangue catameniale è dovuto ai prolungati patimenti dolorosi, alle infiammazioni conseguenti, ai processi suppurativi.

La mancanza di un'apertura al centro del muso di tinca, o la chiusura

non mestruare fino ai 17, ad onta che manchi una ragione che spieghi la precoce funzione in un caso ed il tardivo suo compiersi nell'altro. Le madri sono spesso agitate sul conto delle loro figlie quando non sono ancora menstruate nel periodo medio; e quando quel periodo si avvicina, bene spesso attribuiscono alla sua influenza i più diversi sintomi di disordinata salute, o vi eccitano ad impiegare medicine emmenagoghe, come essenziali alla loro guarigione.

Dippiù, le gravi malattie, di pressochè qualunque genere, subite

del canale o dell'orificio interno, verificate colla sonda uterina, la intercorrenza dei dolori alle epoche mestruali abituali, il loro aumento ai primi periodi di ritenzione, la peritonite sopravvenuta istantaneamente dopo verificata la distensione delle trombe fallopiane, la breve durata del risentimento generale, limitata ai giorni di nuovo versamento sanguigno entro all'utero, serviranno a stabilire con bastante facilità la diagnosi differenziale fra la ritenzione dei mestruî per occlusione dell'utero ed una gravidanza, una ovarite, un'ematocele periuterino ed una peritonite.

Hemman e Rathieu (1778) furono i primi a istituire atti operativi per l'atresia congenita dell'utero, e Schützer il primo ad aprire artificialmente un'atresia accidentale: di poi i fatti si moltiplicarono, e in grazia dello specolo *l'isterotomia vaginale* o la *puntura dell'utero* fu accettata universalmente.

L'operazione deve essere eseguita appena la diagnosi sia fatta e prima che si verifichi l'accidente della rottura spontanea con versamento intra-peritoneale. Momento di elezione sarà dopo la cessazione dei fenomeni acuti proprii al nuovo raccogliersi di sangue entro all'utero: momento di necessità, quello in cui sia grande la distensione dell'utero e delle trombe, ed i fenomeni generali sianzi associati a maggior pericolo della paziente. Un terzo quarti comune, la sonda a dardo, l'isterotomo di Flamand, nn bistori servono all'atto operativo: è commendevole l'istrumento di Courty nei casi di collo uterino assai elevato. Si premette l'applicazione dello specolo, si fissa la pre-unta posizione dell'orificio mancante naturalmente od ostruito consecutivamente; si giudica l'entrata dello strumento in cavità dal suo facile progresso e dalla uscita di liquido caratteristico, si allarga l'apertura con piccole incisioni in diverso senso e si cerca di evacuare il contenuto, rompendone la massa con una sonda e con iniezioni d'acqua tiepida a mezzo di una sciringa, e provocando con segale cornuta le contrazioni del viscere. Dieci a dodici giorni bastano alla guarigione del traumatismo: l'orificio praticato va tenuto aperto durante la cicatrizzazione per prevenirne l'occlusione, e ciò a mezzo di minugge o di cannule; mezzi che devono esser sospesi durante la consecutiva epoca mestruale. La spugna preparata, il dilatatore di Jobert, di Lamballe o di Blatin serviranno nell'eventuale tendenza della cicatrice a raggrinzarsi e stringere di nuovo l'apertura praticata.

Dopo l'operazione e lo svuotamento, ogni fenomeno si dissipa e gli organi ritornano gradatamente al primitivo volume: la mestruazione appare più o meno tardi, la fecondazione non ha luogo così presto, a cagione della lenta riduzione a stato normale: il collo uterino ha perduto i caratteri di verginità. La sorveglianza più attiva per mantenere il libero scolo delle maree, nei casi di spontanea suppurazione, e una dieta nutriente, condurranno questi a buon fine.

DE-CRISTOFORIS.

pochi mesi e perfino qualche anno prima del periodo della pubertà, ritardano a lungo le manifestazioni esterne di quest'ultima, ed in particolare l'apparizione dei catamenii. Non è molto vidi una donna giovane, di vent'anni, che non fu mai mestrata, e forse non lo sarà mai, in cui la salute fu buona fino al giorno in cui, a 15 anni, subì un forte attacco di scarlattina: la guarigione da tale malattia fu assai lenta, ed essa ne soffrì da restare di piccola statura, ed apparentemente indebolita anche delle facoltà mentali; la sua debole struttura mancò al compito di portare a perfezione le sue potenze riproduttive. Negli idioti, in cui trovasi generalmente associato l'imperfetto sviluppo di mente e di corpo, la pubertà compare pressochè tardi. Sembra anche, dietro l'esatto rapporto sul Cretinismo presentato al governo piemontese nel 1848, che negli alti gradi di tale condizione le potenze riproduttive non si sviluppino affatto; in gradi minori la mestruazione compare tardi, e continua scarsa ed irregolare per tutta la vita; mentre anche nei casi più leggieri la data media della prima mestruazione ritarda fino a 18 anni (*).

Inoltre, anche quando non v'è malattia fisica, nè causa locale alcuna da rendere impossibile il debito ufficio delle funzioni sessuali, bisogna ricordarsi che queste funzioni di rado si compiono completamente fin dal primo momento in cui manifestano i primi segni della loro attività. Spesso accade che dopo la prima mestruazione v'è un intervallo non solo di un mese, ma di due o tre prima che ricompaja ancora; oppure, i segni premonitorii della mestruazione sono seguiti da perdite non di sangue ma di muco, i *mestruì bianchi* degli antichi scrittori. Sappiamo che tali perdite, quantunque altro volte considerate come morbose, sono ben lungi dall'esserlo necessariamente. Se la congestione dell'utero concomitante lo sforzo mestruo è leggiero, la quantità di sangue versato dal viscere non sarà che piccolo, e muco e corpuscoli epiteliali costituiranno la massa della perdita. In tal caso però la mestruazione può essere tanto realmente compita come nelle donne, dai cui organi genitali ha luogo l'emorragia nella maggior abbondanza. Il tempo di rado basta a ridurre la funzione in pochi mesi a stretta conformità sotto tutti i riguardi, a quelle leggi cioè dalle quali è governata nelle donne sane e pienamente sviluppate.

Dippiù, dopo che si è fatto debito conto dei casi di mero sviluppo tardivo, e di quelli in cui il completo esercizio delle funzioni sessuali si compie per gradi, come anche degli altri in cui l'attività degli organi riproduttori è differita quasi indefinitamente per previa malattia fisica; rimane ancora un numero di casi in cui il non compiersi del processo mestruale all'epoca in cui i cangiamenti della pubertà sono usualmente completi, è sintomo prominente di disordine di salute, e sembra essere la principale occasione di tutte le varie forme di malattia con cui può associarsi.

(*) *Rapport de la Commission créé par S. M. le Roi de Sardaigne pour étudier le Cretinisme*, 4.^a. Turin, 1848, pag. 25.

Vi sono due differenti classi di sintomi, coll'una o coll'altra delle quali si associa ordinariamente in questi casi la non comparsa dei mestrui — sintomi che differiscono assai nei loro caratteri generali, ma che probabilmente sono molto meno distinti in quanto alle loro cause essenziali. Nell'un caso la *condizione* è in apparenza di *plethora*, nell'altro di *anemia*; ma il primo tende a passare nel secondo, e questa transizione spesso ha luogo assai rapidamente.

Una fanciulla avente in prima buona salute s'avvicina all'epoca della pubertà; alcuni dei cangiamenti caratteristici di essa hanno luogo, le forme prendono il contorno della maternità, e non manca altro che la mestruazione per annunziare il completo cangiamento. I mestrui però non si mostrano, ma la ragazza comincia a soffrire di frequente dolor di capo ed accensione del volto, frequente dolor dorsale, dolore all'ipogastrio e stitichezza, lingua villosa, polso pieno, e tutti questi segni di disordine costituzionale subiscono un aumento marcato a dati periodi di circa un mese. Allfine compare la mestruazione, quantunque probabilmente scarsa o accompagnata da molto dolore, e poi per parecchi mesi di seguito non havvi segno del suo ricomparire; o forse quando il giusto periodo ritorna di nuovo, la perdita di sangue invece di aversi, come si dovrebbe, dall'utero, viene dallo stomaco o meno di frequente dall'intestino. La salute generale non è forse alla prima seriamente disturbata, o i suoi disordini sono limitati a certe epoche di particolari sofferenze; ma a gradi la paziente diventa abitualmente malaticcia, l'appetito si perde, s'indolisce la facoltà digerente, le forze sono insufficienti all'esercizio ordinario, il polso diviene debole, frequente, e la faccia prende la tinta pallida, gialliccia, cui fu dato l'epiteto di clorosi come la più propria designazione di tale condizione; mentre la stetosopia scopre un suono particolare che accompagna il passaggio del sangue attraverso la cavità del cuore e lungo i tronchi arteriosi e venosi, e che si sa essere il significato di mutamenti avvenuti nella sua composizione, e spesso di diminuzione della sua quantità (17).

(17) Io non mi accordo qui coll'Autore, il quale ritiene per sintomi di pletthora, la cefalea, l'accensione del volto, le gastralgie, il dolor dorsale, ecc., occorrenti nell'epoca in cui l'organismo femminile subisce i conati della nuova funzione sono dovuti ad innervazione esagerata. Per me quei sintomi sono essenzialmente di natura riflessa, ed hanno il gran simpatico per generale diffusore dagli organi generativi ai centri e da questi alla periferia di diverse sfere nervose. È l'identico caso dei fenomeni multipli e vari che presentano i bambini al puntare di un dente: forse che in essi la diarrea, il vomito, il delirio, le convulsioni toniche e cloniche sono sintomi di congestione? Questi, e quelli che si accompagnano al momento dello stabilirsi l'ovulazione, non sono che l'espressione del turbamento generale dell'economia, del commovimento cui soggiacciono i diversi sistemi della macchina femminile nel subire un mutamento d'ordine e di azione che, sebbene fisiologico, non cessa d'avere una importanza ed un'influenza massima.

In altri casi i segni di pletora non si ebbero a nessun periodo, ma la salute giammai troppo robusta, deperisce per gradi all'avvicinarsi del periodo della pubertà; vengono in iscena il polso debole, la diminuzione di calore eutaneo, l'aspetto dissanguato, lo scarso e depravato appetito, mentre i segni esterni della pubertà si mostrano lentamente ed imperfettamente. La misera fanciulla non passa mai completamente allo stato di donna, ma si fa smunta e illanguidisce nello stadio di transizione che non ha forza di superare (18).

In casi d'ambo questa specie v'è indubbiamente un certo grado di oscurità, sebbene non maggiore di quanto incontriamo nel voler spiegare come nell'infanzia lo stato di salute generale influisca sulla dentizione, o il processo di dentizione reagisca sul generale. Il fanciullo debole ha la dentizione penosa, tardiva, irregolare, o sembra non esservi differenza essenziale tra i casi in cui la salute declina prima che i denti compaiono o quelli in cui i sintomi sopraggiungono dopo la comparsa di uno o due denti fuori dalle gengive. In ambo i casi cerchiamo la spiegazione dei sintomi al di là dei fenomeni locali, e facciamo in una ragazza all'epoca della pubertà lo stesso che nel bambino in cui ha incominciato il periodo della dentizione.

Nel caso d'una fanciulla arrivata alla pubertà pare vi sia un altro elemento da considerare, cioè la composizione del sangue. Di tutti i processi di sviluppo che a differenti epoche si manifestano nel sistema, nessuno pare esigere tanto dal fluido circolante come quelli che concernono gli organi di riproduzione. Durante la gestazione anche in donna sana sono costanti certi cambiamenti nel sangue (una diminuzione dei globuli rossi, ed aumento degli elementi aquei), mentre in altri casi tali cambiamenti sono tanto considerevoli da originare disordini generali di salute simili affatto in tutti i loro caratteri alla

È la storia della cefalea e della cefalalgia nel disturbo gastrico, del vomito e della gastralgia nella gravidanza e nelle affezioni importanti dell'utero, della suffusione del volto e del senso di accensione e battito delle arterie del capo nella neuralgia del 5.^o paio.

Nè posso comprendere, continuando coll'Autore, come passi la ragazza da questo stato pletorico ad uno stato opposto, l'anemico, massime se la mestruazione, alfine comparsa, è scarsa, come avviene di solito, e ricorrente ad epoche più lunghe della fisiologica. Corrisponde meglio al fatto l'idea che il turbamento nervoso primitivo sia, continuando, la causa di turbamenti funzionali (massime digestivi) così prolungati e ripetuti da riverberarsi sulla crasi sanguigna e indurre una vera oligoemia.

DE-CRISTOFORIS.

(18) Qui non è che non sia preceduta la pletora, bensì che trovandosi già in meschine condizioni la fanciulla, il turbamento portato all'organismo dallo stabilirsi della ovulazione si fece sentire direttamente sulle funzioni organiche, in guisa che la vita vegetativa ne patisce tosto e con essa il depauperamento generale, talora grave ed irreparabile.

DE-CRISTOFORIS.

clorosi (*) (19). L'aumento dell'utero, lo sviluppo del feto si compiono infatti perchè soggetti ad una legge superiore nè facilmente arrestabili, ma si compiono a spese della costituzione della donna e la riducono spesso incapace ad allattare il proprio nato, e probabilmente soggetta a tutta quella classe di affezioni flogistiche, la cui causa remota, come, per esempio, la flegmasia dolens è da ricercarsi in uno stato morboso del sangue.

L'originarsi di una nuova funzione, il portarsi a perfezione di una forza fino allora non esercitata richiedono maggior vitalità che non sia richiesta per la sua continua attività. La fanciulla debole, tisia, intristisce, vien meno alla mestruazione a misura che l'epoca dello stato femminile si avvicina, o si manifestano generalmente in essa i segni della clorosi; mentre ad onta dell'avanzata condizione tubercolare la donna adulta continua talora a mestruare con regolarità e perfino a generare. Questi però, bisogna confessarlo, sono casi eccezionali; la tendenza di pressochè tutte le malattie che originano da alterazioni sanguigne importanti, o che nel loro corso sono causa produttrice di queste ultime, si è di disturbare, menomare e per ultimo di interrompere l'esecuzione delle funzioni riproduttive. In uno solo (**) fra tutti i casi di tisi nelle donne formanti il materiale della grand'opera di Louis su talo malattia, la mestruazione continuò fino alla morte: o basta osservare con mediocre attenzione chiunque soffra di cancro uterino, per persuadersi che, sebbene l'emorragia possa anche per eccezione aver luogo in un utero ammalato, pure l'attività periodica degli organi riproduttori cessa una volta che si sia sviluppata la cachessia cancerosa.

V'è un'altra particolarità in relazione alle funzioni sessuali della donna che non bisogna lasciare in dimenticanza, giacchè suggerisce la ragione per cui il tardo od imperfetto sviluppo di quelle od il

(*) Il merito delle prime osservazioni di clorosi nella gestazione deve dividersi tra Cazeaux di Parigi e il fu professore von Kiwisch di Praga, sebbene il diritto di quest'ultimo sembri più forte. I migliori rimarchi in proposito si trovano in Cazeaux, *Traité des Accouchements*, Paris, 1850, p. 291-301; Kiwisch, *Die geburtskunde*, Erlangen, 1851, vol. I, p. 227 e vol. II, p. 33, e Scauzoni, *Lehrbuch der Geburtshilfe*, Vienna, 1849, vol. I, p. 192.

(**) Louis, *Recherches sur la Phthisie*, seconda edizione, 8.º, Paris, 1843, p. 334.

(19) È questo un argomento che ho studiato su di una larga scala nella pratica di molti anni fatta nelle sale delle malattie femminili all'Ospitale Maggiore di Milano: e pertanto credo gioverà al lettore conoscere averne io fatto soggetto di uno speciale lavoro inserito nel giornale *Il Morgagni*, di Napoli, 1864, e averne consegnate storie e dilucidazioni più estese in un recente rendiconto di Medicina ostetrica e Ginecologia (*Annali Universali di Medicina*, 1867, febbraio). Il dottor Pensa d'Alessandria, nella *Gazzetta Egiziana* (N. 3 del 1866), discorre pure con molta pratica su di questo argomento, presentando però alcune lievi differenze dal mio modo di vedere.

DE-CRISTOFORIS.

loro susseguente disturbo si associa a sintomi di cui non troviamo altrove la più piccola analogia. È legge dell'economia femminile che per circa trenta anni di vita, se non interrotti da gestazione e sue sequele, una certa quantità di sangue deve scaricarsi periodicamente dal sistema. Questo scarico periodico solo occupò l'attenzione degli osservatori dei tempi passati, e si fecero varie ipotesi, le quali, benché diverse in altri riguardi, pure concordano in ciò, che tutti riguardavano la funzione mestrua come un grande mezzo depravativo, mezzo supplementare, degli stessi polmoni, per eliminare il carbonio superfluo. Sebbene colla scorta della moderna fisiologia, sia in nostra facoltà di vedere più addentro che i nostri predecessori, e scorgerlo nello scarico di sangue degli organi sessuali il segno esteriore di un più imponente processo che ha luogo nell'interno, pure dobbiamo rammentare che non può essere indifferente per la salute della donna l'aver luogo o no ogni mese le escrezioni di 4 a 6 oncie di sangue; che l'arrestarsi di tal fenomeno od il non aver luogo non ponno a meno di associarsi a grave disordine costituzionale. Troviamo infatti che, anche arrivato, in un certo lasso di anni, il tempo in cui naturalmente cessa la perdita, il suo arresto è quasi sempre seguito da una serie di sintomi dimostranti che il resto della circolazione viene a soffrire disturbo, mentre si richiedono spesso molti mesi per completarne il riordinamento. Il fegato aumenta la propria funzione per depurare il sangue, i suoi disturbi si fanno più frequenti che ad altre epoche, e quantunque non di rado si abbiano emorragie, che giovano al viscere sopracaricato, pure oltrepassano spesso i limiti di salute e diventano esse stesse nuova causa di patimenti od anche occasione di pericolo.

Ma gli stessi accidenti, pei quali si ha disposizione quando cessa la mestruazione, ponno anche precedere il suo apparire. Se la mestruazione ritarda al di là del periodo ordinario, il sistema soffre nello stesso modo con cui spesso soffre al suo cessare. Lo stesso duplice ufficio si riversa sul fegato, esiste la stessa disposizione alle sue alterazioni, si manifesta l'istessa tendenza alla congestione dei diversi visceri, e spesso gli stessi flussi emorragici portano un momentaneo sollievo alle congestioni, e troppo spesso anche a spese del vigore della costituzione generale. Chiunque ha pratica dei sintomi che spesso si associano alla degenerazione granulata dei reni non avrà difficoltà a comprendere come la pletora locale possa concomitarsi con una condizione alterata ed impoverita del fluido circolante: nè mancherà di vedere come talora i sanguisugi, le medicine purganti, e l'esercizio attivo possano sostituire nella cura dell'amenorrea i tonici, i preparati di ferro ed il vino.

Il vero modo di adattare questi principii ai casi in cui la mestruazione non è ancora comparsa, deve variare molto nei singoli individui, sebbene in tutto il nostro principale intento sia di tendere a stabilire quella funzione coll'intermezzo della salute generale, piuttosto che con rimedii agenti, o supposti agire direttamente sul sistema

sessuale. Mentre adunque il tardo apparire della pubertà, come la tardanza della dentizione nell'infanzia, non fornisce, se non accompagnata da disordini costituzionali, indicazione per intervento medico, la prima questione che si presenta in questi casi si è, se o no i sintomi accompagnanti l'amenorrea siano di semplice debolezza, o di quel genere di pletora che può associarsi con uno stato di alterazione e deteriorazione del fluido circolante. Sebbene la risposta a questo quesito, in vista di adottare un opportuno trattamento costituzionale, dimandi principalmente la nostra attenzione, v'ha pure un'altra questione che non bisogna perder del tutto di vista. Quando lo stabilirsi della mestruazione ritarda molto, il suo eseguirsi ha generalmente luogo con dolore, difficoltà, e per molto tempo imperfettamente, mentre, come già si disse, accade talora che il sangue che non è versato fuori dell'utero, si sforza per altre vie: e tale perdita vicaria di mestruazione inoltre talora continua a ripetersi per mesi di seguito, e non solo danneggia la salute della paziente, ma, per la misteriosa influenza dell'abitudine, presenta un grave ostacolo al giusto esercizio della funzione mestrua. Come, e perchè sia così, io non pretendo spiegare. Da alcuni se ne ritenne causa una deficiente innervazione degli organi sessuali; altri parlano di qualche speciale durezza del tessuto uterino che fa ostacolo al pronto sortire del sangue, o di qualche peculiare densità del sangue istesso, che non può per tale ragione sfuggire dai pori, i quali in caso diverso lo lascerebbero uscire. Tali asserzioni non sono che l'espressione di assai vaghe ipotesi, aggiungono nulla alle nostre cognizioni, nè ci presentano il fatto in forma più chiara. Noi abbiamo il fatto dell'esistenza di certi periodi, più o meno marcati per regolarità di ritorno, in cui uno speciale disordine dei sistemi nervoso e vascolare, a varia forma di sofferenze locali, riferibili più o meno distintamente all'utero od a parti adiacenti, indicano una sorta di imperfetto sforzo mestruale: e sappiamo d'altra parte che a queste epoche alcuni mezzi locali, applicati all'utero, sono di spesso susseguiti dallo stabilirsi della mestruazione, sebbene gli stessi mezzi adoperati altre volte riescano tutt'affatto inutili od anche positivamente dannosi (20).

(20) Io arresto qui la vostra lettura per esporvi il mio concetto (in alcuni punti dissenziente da quello di altri specialisti) intorno all'amenorrea ed al rapporto esistente fra le condizioni morbose viscerali o costituzionali ed il fenomeno mestruazione.

Prima degli studii di Pouchet, quando la mestruazione era creduta un compito dell'organismo tendente a depurare la massa sanguigna dal sangue esuberante od infetto, erano certo giustificabili quei medici che nella mancanza, nella soppressione e nei disordini in genere del flusso sanguigno credevano trovare la causa efficiente e diretta d'ogni condizione morbosa viscerale e costituzionale; ed erano quindi del pari giustificati i loro sforzi terapeutici a richiamare od a riordinare il flusso catameniale. Fu quindi dai medici che

Il trattamento si risolve dunque a fare ciò che può valere pel miglioramento della salute generale, ed in occasioni speciali tendere particolarmente ad eccitare la funzione uterina: dal che deriva qual necessario corollario che, quando non mostrasi segno di conato mestruo, non sono indicati i mezzi locali. Nei casi in cui una debolezza generale caratterizza la condizione della paziente, sono indicati i tonici nel più ampio significato della parola, e per essi non intendo semplicemente le medicine toniche, o i preparati di ferro, quantun-

il volgo apprese gli errori di cui è ancora imbevuto; errori che gli fanno credere la guarigione consista e dipenda dal buon effetto della cura a quello scopo diretta, e che gli fanno esclamare nelle ostinate malattie delle donne, e più ancora delle ragazze: *Oh se potesse ritornare la mestruazione!* quasi che con quella ogni malanno avesse a scomparire.

Ma dacchè la ovulazione periodica fu invocata a causa della congestione fisiologica uterina e questa a causa del flusso esterno di sangue, avrebbero dovuto i medici correggere onninamente i loro pregiudizii, riformare i loro concetti, averlo per criterio indeclinabile di interpretazione patologica e di indirizzo curativo la fisiologia di questo processo. Ma pur troppo non fu e non è ancora così per tutti. Accettano la teoria fisiologica, ma in patologia non piegano a ritenere il *flusso sanguigno come semplice sintomo compagno dell'ovulazione*, e facendo a pugni colla logica guardano in faccia alle alterazioni del fenomeno apparente come ad un'essenza morbosa. Cessa o manca lo scolo? si sopperisca colla sottrazione, dicono e fanno questi medici, pur troppo ancora numerosi fra noi; nè si curano di usare la logica nell'interpretare il disordine che osservano, mentre tutto si residua ai seguenti principii cardinali.

Vi può essere ovulazione senza congestione e non vi può essere congestione fisiologica senza ovulazione: vi può essere congestione senza flusso, non vi può essere flusso senza congestione. Laonde se manca l'ovulazione (atrofia, infiammazione cronica delle ovaie), vana lusinga il cercar mezzi per eccitarla o stabilirla: se manca la congestione ad onta della avvenuta ovulazione, il tentare di provocarla è imporre in dati casi uno sforzo impossibile all'organismo che non ha sufficiente massa sanguigna (anemia, oligoemia), o che trovasi affranto, depauperato per condizione morbosa antica (tubercolosi, cachessie, catarro enterico, scrofola, ecc.), o che trovasi vivamente turbato per accidentale e violenta acuta malattia; è imporre in altri casi uno sforzo impossibile al viscere, il cui tessuto è in condizioni contrarie alle volute per una normale congestione (metrite cronica, ipertrofia, atrofia). L'amenorrea non può quindi e non deve considerarsi che quale sintomo di una condizione morbosa da cercarsi nella costituzione generale o nei visceri generativi. Laonde ancora io non cito ad oppormi assolutamente a che nelle tavole nosologiche e nei trattati di patologia femminile figuri la *amenorrea* come capitolo distinto. Per discorrere dell'amenorrea bisogna riportarsi alle condizioni morbose di cui è sintomo, ripetere dunque quanto si deve dire ancora ai capitoli singoli di queste ultime, che ne sono causa; discorrere dell'amenorrea per sè, è lo stesso che discorrere della tosse, del mal di capo, dell'affanno di respiro.

Che anche oggidì non si siano persuasi ancora i medici a non conside-

que quasi sempre appropriati, ma l'influenza tonica di aria pura, di occupazioni salubri ed esercizio che non affatica. In questi casi ancora il grave pericolo da cui dobbiamo guardarci è il sopraggiungere della tisi, e il passare un inverno a Torquay o Ventnor è utile in molti casi, non solo come mezzo atto a garantire i delicati polmoni dal freddo di molte località centrali, ma anche perchè il clima caldo, l'aria marina sembrano per sè avere un'influenza utile a favorire un normale sviluppo del sistema riproduttivo. Bisogna combattere lo stato di stipsi, che è sintomo di tanto disturbo in questi casi, non coi pur-

rare l'amenorrea come entità patologica, è provato dal vedere medici molti impiegare indistintamente sempre i così *emenagoghi*, l'aloe e la sabina internamente e per clistere, i semicupii e le iniezioni vaginali calde. E siccome d'ordinario viene insegnato di unire a questi farmaci il ferro, considerato esso pure come *emenagogo*, anzi come mezzo abortivo, non s'accorgono e non pensano che il ristabilirsi della mestruazione possa esser effetto di ricostituzione sanguigna, di migliorato stato generale: tanto più che il trattamento viene prolungato per uno, due mesi; tempo necessario a che ne sia sentita l'influenza benefica.

V'è di più, si sentono medici, e quel ch'è peggio, prctesi specialisti, dire che come la *clorosi* è causa di *amenorrea*, così l'*amenorrea* è a sua volta causa di *cloroemia*. Bisogna essere destituiti d'ogni criterio medico, d'ogni cognizione fisio-patologica per professare e insegnare teorie così storte. Nelle sale del nostro grande Ospitale, dove si raccolgono molte contadine di luoghi paludosi, dove riscontrasi frequente la tubercolosi, la pellagra, dove ci pervengono malate stato energicamente curate con deplezioni per malattie febbrili, l'*amenorrea* è frequentissima, e non vi fu volta che una paziente mi accusasse mancanza di mestruazione (titolo per esse principale, unico per cui esse stesse si reputano malate) senza che io verificassi una delle suddette condizioni od una discrasia sanguigna consecutiva a patimenti, a trattamento incongruo. Parlando delle malattie acute poi, durante le quali io tenni di mira sempre il fenomeno mestruazione, mi sono convinto di quanto sto per dire: 1.^o che una malattia acuta anche di visceri importanti (polmone, tubo gastro-enterico, meningi cerebrali) non arresta la mestruazione, non la fa mancare se non quando ebbe una durata lunga o quando fu curata con trattamento energico depletivo, vale a dire finchè la costituzione generale, la crasi sanguigna non caddero al disotto del normale; 2.^o la stessa tubercolosi io vidi protrarsi a lungo senza disturbo mestruale, fin tanto che la porzione di polmone affetta era limitata a poco, e fin tanto che non s'era fatta la fusione del tubercolo; 3.^o nella tisi così detta florida più d'una volta ho veduto rinnovarsi il catamenio fino sugli ultimi giorni; 4.^o il parossismo febbrile, delle febbri miasmatiche dei reumatismi diffusi, delle affezioni acute viscerali, ha sempre sospeso la mestruazione in corso o fatta mancare la mestruazione che era di poco prossima a comparire: il che prova ancora come i turbamenti generali soli abbiano facoltà di influire sulla congestione fisiologica mensile, sia improvvisi, acuti, sia indirettamente portati da lenta condizione morbosa di qualche viscere.

Parlando della dismenorrea, avrò campo anche là di giustificare la viva critica esercitata qui contro errori imperdonabili oggigiorno e dannosissimi.

DE-CRISTOFORIS.

ganti drastici, ma con miti aperitivi: fra questi l'estratto acquoso di aloe ha una ben meritata riputazione. In qualche caso tutti i preparati di ferro hanno l'effetto di peggiorare lo stato torpido dell'intestino, ma questa difficoltà può superarsi in generale col combinare il ferro a qualche sale aperitivo (*). In altri casi lo stomaco delicato è incapace a sopportare i più miti preparati di ferro, ed in questi casi le acque minerali ferruginose spesso producono buoni effetti superiori a quanto si sarebbe potuto prevedere, se si ha riguardo solo alla quantità di rimedio che esse contengono. Le acque di Spa e di Pyrmont sono specialmente adatte a casi consimili, la prima essendo più mite e meglio sopportata dalle pazienti le cui forze digerenti siano assai deboli. Ambo quest'acque si preparano assai bene a Brighton, ma pazienti di questo genere avvantaggiano altrettanto dal cangiamento di luogo, dal salubre esercizio, e da quella specie di *ozio attivo* di uno stabilimento di acque, quanto dalla virtù della sorgente, cui devono la loro rinomanza.

Anche quando predomina uno stato di pletora apparente è pressochè appropriato lo stesso genere di trattamento, coll'eccezione però che i preparati di ferro non sono richiesti affatto, mentre è indicato in generale un più attivo sistema purgativo. Una dieta nutriente e non stimolante, il bagno a doccia, e il cavalcare sono rimedii di maggior efficacia che quelli di qualunque farmacia. Il torpido stato del fegato, che costituisce una delle grandi difficoltà a superare in questi casi, non devo condurrei al troppo frequente uso degli idrargirici e specialmente dei purganti mercuriali. Vi sono casi eccezionali in cui altri rimedii non giungono ad eccitare una debita secrezione di bile, in cui l'uso di piccole dosi di bicloruro di mercurio continuato per parecchie settimane reca i più eccellenti servigi intanto che si persiste sotto altri rapporti in un piano di cura generalmente tonico.

Ma mentre bisogna attendere alla salute generale coi mezzi ora descritti, la comparsa di qualche tentativo di mestruazione, costituendo un fatto diverso da prendersi di mira, richiede un mutamento immediato dei rimedii da adoperarsi.*

La paziente dovrà tenersi quieta, o se v'è considerevole patimento o molto disturbo di circolazione, val meglio rimanga a letto, mentre che il semicupio caldo sera e mattina, reso ancor più stimolante coll'aggiunta d'un po' di senape nei casi in cui i dolori locali non sono

(*)	Solfato ferro	Gram.	0,60
	Solfato magnesin	»	6
	Acido solforico diluito.	»	1
	Siroppo d'arancio	»	8
	Acqua di carvi	»	160
	Mesci.		

Un'oncia due volte al giorno.

Le riduzioni dei pesi sono approssimative alla libbra inglese di 450 grammi.

DE-CRISTOPHIS.

molto considerevoli, avrà di spesso l'effetto di indurre il flusso mestruo. È a tal punto che i diuretici stimolanti, quali l'etero nitroso, la trementina, lo spirito di ginepro o l'emcnagogo domestico, l'acquavite, cioè di ginepro, riescono talvolta utili, e coll'aumentare la congestione dei visceri pelvici, inducono l'emorragia dell'utero o sollevano la paziente dal molto soffrire. Si deve avere peraltro molto riguardo nell'uso di questi rimodii; mentre che tutti i mezzi violenti, quali l'amministrazione di cantaride o l'olio di sabina in larga dose, o di potenti stimoli locali, quali le iniezioni vaginali di ammoniaca con latte, o l'introduzione nella cavità dell'utero di nitrato d'argento col mezzo del porta-caustico di Lallemand, mi sembrano meritare riprovazione come incerti e mal sicuri. L'elettricità applicata col mezzo dell'ordinario apparecchio elettro-magnetico, un disco sul pube e l'altro al sacro, servi in qualche caso, sebbene sembri che i suoi risultati variino molto e senza ragione come quando è adoperata ad altri scopi. Si sperò altre volte che la segale cornuta potesse essere un valido emenagogo, e infatti assai prima del suo uso nella pratica ostetrica fu adoperata come mezzo popolare per provocare la mestruazione. Sebbene sia stata esperita in varie forme di polvere, tinture, infusione ed essenza, e sebbene si sieno fatti esperimenti col suo principio essenziale, l'ergotina, pure la sua azione particolare sull'attività muscolare dell'utero non pare si estenda alle altre funzioni degli organi genitali.

In alcuni casi il dolore provato alla regione uterina al ritorno di ogni periodo mestruo è molto vivo, e in tali casi mentre i somicipi caldi sono fuori di luogo, l'applicazione delle mignatte all'ipogastrio non solo solleva il dolore, ma è spesso seguita dal comparire della mestruazione. La spiegazione che si usava dare di questo fatto, fondata sulla circostanza che l'eccessiva congestione di un organo secrotore spesso impedisce la sua attività, non puossi più aver per buona, ora che si conosce essere la perdita mestruale un semplice emorragia, non una secrezione. Il fatto però si verifica ancora, e la pratica, che si fonda su di esso, merita di essere ricordata.

Ho già richiamato l'attenzione al mostrarsi di emorragie di varii organi come un occasionale accompagnamento dell'amenorrea, ed ho suggerita una spiegazione delle sue cause. Gli scritti medici (*) sono pieni di illustrazioni di questa mestruazione vicaria, come spesso viene chiamata sebbene non correttamente; e da essi risulta che emorragie ponno accadere non solo da ognuna delle superficie mucose, quali lo stomaco, il tubo intestinale, le vie aeree, ma anche da un'accidentale ferita, dalla superficie di un'ulcera, dal capezzolo, dall'occhio, in breve da pressochè qualunque parto del corpo. Non è mio intento di occuparvi coi dettagli di queste mere meraviglie mediche; ma sonvi parecchie cose in riguardo ad esso che desidero che voi ricor-

(*) Numerose citazioni si trovano in Bierre de Boismont, *De la menstruation, etc.*, 8.^o, Paris, 1842, chap. 6, pag. 374, e in Meissner, *Frauenkrankheiten*, 8.^o, Lipsia, 1845, vol. II, pag. 860.

diare. La prima che, dopo arrivato il periodo della pubertà, la non comparsa dei mestruî e la loro accidentale soppressione sono non infrequentemente seguite da sgorghi accidentali di emorragia, che assolutamente non corrispondono ad una reale attività degli organi sessuali, nè tengono una distinta periodicità di ritorno. Eppoi bisogna ricordarsi che tali perdite non essendo genuine mestruazioni, ponno nondimeno aver luogo dall'utero, e che l'amenorrea ed una apparente menorragia ponno alternare fra loro. Tale emorragia può anche essere estremamente copiosa; io la vidi rinscire fatale in una signorina, nella quale susseguì ad una troppo prolungata soppressione dei mesi ed il cui utero, fin dove l'esame potè assicurarci, era durante la vita perfettamente sano. Infine l'occorrenza di questa emorragia non altera per verun riguardo le indicazioni da seguirsi nel trattamento, nè i mezzi con cui dobbiamo cercare di soddisfarlo. Se la perdita è così profusa da essere pericolosa bisogna frenarla con mezzi appropriati; ma la cura principale deve essere diretta allo stato generale di salute ed all'eccitamento della vera funzione mestrua. L'abitudine, *la memoria del corpo* (*the memory of the body*), come benissimo la chiama Giovanni Hunter (*), mentre ha una parte eminente in molte funzioni dell'economia animale, non ha su alcun'altra un'influenza così marcata, come su quella del sistema sessuale femminile. L'emorragia vicaria di mestruazione, risultato forse la prima volta di puro accidente, diventa di difficile cura quando ritorna una seconda, una terza volta. Dopo qualche tempo, quantunque la salute generale sia buona, e gli ovarî adempiono, per quanto si può giudicare, debitamente il loro ufficio, pure, l'abitudine da lunga pezza stabilitasi si frappone a che l'eccitamento ricorrente di circolazione riceva il dovuto sollievo coll'intermezzo dell'utero, e la perdita di sangue ha luogo dai polmoni, o dallo stomaco, o dalla superficie del corpo, invece che dall'utero.

Ma l'applicazione di questo fatto si estende molto più in là del puro determinare la prognosi dei casi di emorragia vicaria di mestruazione, sebbene sia ovvio esser questi suscettibili di cura facile o difficile in rapporto pressochè esatto della loro durata. Il principio incluso in questo concetto deve rimaner fisso in mente nella cura di tutti i mali che disturbano la funzione mestruale. Non basta usare precauzioni fino alla comparsa della prima successiva mestruazione: il periodo del suo ritorno deve essere sorvegliato perfino nella giovine la più sana, e tutte le preliminari precauzioni essere ripetute di bel nuovo, e ciò deve farsi più volte ancora, finchè si è stabilita l'abitudine di una regolare e salutare mestruazione; e quando ciò sia una volta assicurato, il pericolo di un successivo disordine sarà di molto diminuito. Non abbisogna che io dica che questa verità pesa con decuplo valore in tutti i casi in cui la mestruazione fu tardiva, compiuta con dolori e difficoltà, perchè in allora bisogna rompere la

(*) Opera di Hunter, edizione di Palmer, vol. I, p. 274.

cattiva abitudine e formarne una nuova. Se ciò non si ottiene nei pochi primi anni dello stato pubere, con tutta probabilità non si otterrà giammai (21).

(21) Addentrarsi in questo argomento, analizzando i fatti sui quali si poggiano i fautori della mestruazione vicaria, che la ritengono un flusso supplementare a quello mancato per la via dell'utero, è cosa assai difficile e lunga. Io non istarò nondimeno dall'espore l'impressione che ne ho ricevuta e il concetto che, dietro la scorta della fisiologia patologica, mi son fatto. — Parlasi di vero ufficio di un organo o tessuto qualsiasi a scaricare la quantità di sangue che non ha trovato la via del pudendo, e parlasi da altri di predisposizione a condizione congestiva, o varicosa, di vigente stato flogistico di questi organi supplenti la mestruazione regolare: per cui l'eccitamento circolatorio generale, indotto dall'ovulazione, indurrebbe quegli stessi organi la rottura dei vasi già naturalmente congesti o distesi e quindi una emorragia, per effetto della quale verrebbe poi sospeso il flusso dal pudendo. Io dico francamente non potermi accordare in verun modo colla prima opinione, e riuscirmi meglio accettabile la seconda: e ciò non per semplice presunzione, ma per quella logica che ci dà la fisiologia patologica, e per la imparziale disamina dei fatti che in quei due diversi modi vengono spiegati, essendo identici nella loro essenza.

Dicesi, per esempio, che una gastrorragia, una dissenteria, una broncorragia, una rinnorragia, supplirono la mestruazione: sia pure. Ma si dice ancora che in un caso si applicarono mignatte in corrispondenza degli organi così offesi, e che la mestruazione di poi ricomparve normale; qui dovesi dunque escludere l'idea che uno stato patologico dell'apparato genitale fosse la causa della soppressa mestruazione. Ma io domando, non potrebbe darsi che il trattamento istituito avesse abitato una condizione anormale dei visceri dai quali s'ebbe l'emorragia, e che di conseguenza ristabiliti a condizioni fisiologiche, avessero cessato di turbare l'organismo e con esso la funzione catameniale? Si narra altrove che una emorragia stabilitasi dai bronchi, dalla stessa cicatrice ombelicale, cessò sotto una cura marziale ristabilendo la mestruazione normalmente. Il ferro non ha qui certo avuto azione elettiva sugli organi sessuali: nè la pratica insegna che questo farmaco abbia tale virtù: ha dunque corretto la crasi sanguigna; più logica adunque la deduzione che il catamenio mancasse in causa di una condizione anormale degli organi che diedero emorragia e per essersi questa ripetuta più volte, e che il ristabilirsi della buona sanguificazione abbia rimediato allo stato dei visceri offesi e di conseguenza ristabilito il flusso mestruo. Notisi che le emorragie supplementari danno una quantità di sangue assai superiore a quella che si perde per la mestruazione dall'utero. È probabilissimo adunque e risponde meglio alla ragione, il concetto già espresso, che uno stato speciale di un viscere sia origine di emorragia sotto l'eccitazione dell'organismo portata dall'ovulazione; che la molta quantità di sangue perduta induca depauperamento sanguigno; che l'*abitudine*, così bene ricordata dal West altrove, qui pure serva a far ripetere l'emorragia da quei visceri sotto ogni maturazione d'ovolo, e che la mestruazione non possa ricomparire finchè con opportuni mezzi sia tolta la condizione anormale di quei visceri, cessi la loro disposizione all'emorragia nei momenti catame-

niali, e sia ristabilita una buona crasi sanguigna necessaria al riaversi del flusso uterino mensile.

Due altri fenomeni sono citati come occorrenti a supplire la mestruazione uterina: la *comparsa di nodi emorroidali*, e il *flusso leucorrico*. Nei casi di tal genere narrati dagli autori non è esclusa assolutamente la possibilità che vi esistesse condizione patologica dell'utero, la quale d'altronde poteva essersi stata e non essersi avvertita. Una flessione del viscere, una ipertrofia del tessuto, uno stato cronico di induramento, un fibroma, darebbero in tal caso la spiegazione d'ambo i fatti escludendo l'idea che siano fenomeni vicarii della mestruazione: essersi cioè stabilita la congestione uterina fisiologica, essere stato impedito il flusso del sangue per le condizioni patologiche suesposte e di conseguenza nel caso delle emorroidi avero patito di pletora, di ingorgo la rete vascolare dei visceri pelvici, che si tiene in comunicazione colla uterina; nell'altro caso della leucorrea aversi avuta come conseguenza della congestione dell'utero, un aumento del prodotto dal sistema ghiandolare. Vi sono dunque diverse circostanze, dalle quali deve il medico tener conto, prima di tentare il ristabilimento nella funzione mestruale con mezzi diretti all'apparato suo proprio: diagnosticare e curare lo stato del viscere, vicarianto il catamenio, verificare o curare lo stato generale opportunamente: nel caso di leucorrea da stato patologico uterino dirigere a questo la cura, non al solo fenomeno dell'amenorrea; nel caso di emorroidi, accertarsi se non vi sia coprostasi, giacchè l'uso degli emenagoghi non farebbe che favorire la causa della soppressione, aumentando la congestione dei tumori emorroidali.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE IV

MESTRUAZIONE E SUOI DISORDINI.

Ancora sull'amenorrea. — Soppressione dei mestruî. — Loro cessazione prematura. — Irregolarità prima dell'estinzione finale della funzione. — Varie cause di sospensione dei catamenî. — Trattamento. Menorragia. — Due cause principali di essa. — 1.^a costituzionale; 2.^a locale. — Illustrazioni di ciascuna. Trattamento delle due classi di casi. — Precauzioni generali. — Casi richiedenti mezzi antiflogistici. — Casi richiedenti tonici ed astringenti. — Rimedii locali. — Condizioni che richiedono il tampono e le iniezioni intrauterine.

Ci occupammo nell'ultima lezione dello studio dei casi in cui la perdita mestruale non è mai comparsa. Rimane a considerarsi un'altra classe egualmente importante in cui la mestruazione è o interrotta o soppressa.

È fuori di questione il tentare un esame di tutte le varie circostanze che ponno originare la soppressione dei mestruî o che ponno condurre alla loro cessazione permanente; perciocchè un gran numero di malattie costituzionali, come anehe di disordini locali, tendono direttamente a produrre simile risultato. Si è già ricordato come la tisi ne' suoi stadii più avanzati abbia una marcata influenza nel condurre alla soppressione del flusso mensile, e come molte altre malattie da cachessia esercitino una influenza simile sulla funzione mestrua; mentre la grave infiammazione uterina od ovarica, varie forme di degenerazione ovarica o di tumore uterino spesso sospendono la mestruazione per varii mesi di seguito; talora pongono un ostacolo finale al suo occorrere molti anni prima dell'epoca in cui nel corso naturale delle cose le forze sessuali perderebbero il loro vigore.

Ma oltre questi casi in cui può assegnarsi una ragione definita all'arresto e cessazione della perdita mestruale, se ne trovano occasionalmente altre in cui essa scompare come risultato di una vecchiezza prematura, allo stesso modo che la vedemmo talora tardare in vita

in conseguenza del tardato apparire della pubertà. Così mentre la durata media della funzione mestruale è di circa 30 anni, e l'età della sua cessazione nella maggioranza dei casi a 45 anni od un po' più tardi; si conoscono casi in cui continuò meno di 10 anni e cessò prima dei 30; e questo pure senza che alcuna particolarità nella storia delle donne potesse suggerire una ragione atta a spiegare una sì grande deviazione dall'ordinaria regola (*).

In gran parte la data della cessazione della funzione mestruale è, a mio credere, cosa indifferente; e come alcuni individui del nostro sesso conservano il vigore sessuale fino all'ultima vecchiaia, mentre in altri ben presto diventa debole e torpido, così le donne ponno mantenere a lungo le loro forze generative o perderle di buon'ora, senza che la loro salute sia migliore nell'un caso o meno buona nell'altro.

S'incontrano però talvolta casi in cui una cessazione permanente della funzione mensile si associa allo stesso stato di salute, alle stesse condizioni di debolezza generale, a cui già allusi parlando della non comparsa dei mestri, e si accompagna a tutta la sequela di sintomi che costituiscono la clorosi. In queste circostanze il medesimo trattamento generale, gli stessi rimedii ferruginosi, convenienti nelle malattie della giovine zitella, trovano opportuna applicazione anche nelle malattie della donna, e in generale col risultato di migliorare la salute e riprodurre la mestruazione. Talora in verità quantunque la salute migliori sotto l'uso di mezzi appropriati, pure le funzioni sessuali non si ristabiliscono mai; circostanza che, scbbene non frequente, importa assai conoscere.

Ma vi sono molti esempi in cui sebbene la mestruazione non sia arrestata per naturale cessazione, pure la funzione ne è sospesa per un dato tempo, e questo accidente si associa a svariati gradi di disordine costituzionale. Al cominciare dell'attività sessuale e verso il suo fine la mestruazione è spesso irregolare, nell'un caso perchè gli organi non sono ancor giunti a perfezione, nell'altro per la perdita graduale della loro funzione. È tanto frequente infatti questa mestruazione irregolare qual preludio alla sua finale cessazione, che le donne hanno una frase domestica, *l'epoca critica*, con cui designano tale periodo. Già vi dissi come nel primo caso doviatè vegliare su tale funzione, e cercare di indurre per gradi il suo compiersi regolare. Nell'ultimo caso dovete limitare la vostra attenzione alla salute ge-

(*) Tavole elaborate che mostrano la durata della mestruazione e l'età della sua cessazione si trovano in Briere de Boismont, *op. cit.*, pag. 209-211; nel *Treatise on Sterility and Abortion*, del dottor Whitehead, ecc., 8.^a Londra, 1847, p. 150; e nell'opera del dottor Tilt, *Diseases of Women*, 8.^a, 2.^a edizione. Londra, 1853, p. 41 e 46. Le mie proprie osservazioni in proposito concorrono con quelle a mostrare che le differenze sono molto grandi sotto tali rapporti tra donne in apparenza egualmente sane. Nei miei casi l'età della cessazione del catamenio variò fra 26 anni in un caso e 31 in un altro, fino a 58 anni nel caso in cui continuò più a lungo; mentre la durata attiva della funzione fu di soli 8 anni in un soggetto e si estese a 38 anni in un altro, in cui durò il maggior tempo.

nerale senza cercare di rieccitare l'attività d'organi che danno segni dello svanire della loro potenza.

La mestruazione irregolare nel caso citato è quasi un fatto fisiologico; la sua soppressione in altre circostanze può dipendere da una grande varietà di cause; dovuta ancor a gravidanza non avvertita dalla persona che vi chiedo consiglio. Ricordo questo specialmente per dirvi che in ogni caso di soppressione dei mestruj senza causa, e ancor più in ogni caso di tumore addominale nelle donne, abbiate in mente la possibilità della gestazione. Non intendo perciò che doviate diffidare della parola della donna, o metter in dubbio la castità di ognuna anche col pensiero: dico bensì che, avendo presente quanto poco voi potete sapere della storia intima di molte delle vostre pazienti, non dovete lasciare che il vostro rispetto come nomini, la vostra galanteria come persone civili, vi facciano perder di vista ciò che a voi importa assai come medici.

Indipendentemente da gravidanza, però il solo rapporto sessuale non di rado arresta la mestruazione per un certo tempo, cosicchè in donne di fresco maritate si sospetta talora l'esistenza della gravidanza per due o tre mesi, finchè alla fine di tal tempo, le speranze sono dissipate dallo sgradito ritorno della perdita mestruale. Eccessi sessuali abituali, quantunque talora abbiano un effetto contrario ed inducano menorragia, pure nel gran numero dei casi sopprimono affatto la mestruazione, o ne rendono irregolare il ritorno e scarsa la quantità della perdita (*).

Qualunque colpo repentino, agente sia localmente sugli organi uterini, siccome l'applicazione del freddo alla vulva, sia pel mezzo del sistema generale, siccome quando una persona si bagna i piedi o soffre durante la mestruazione per essersi esposta al freddo ed all'umido, spesso arresta il flusso mestruo. In molti di questi casi anche il subitaneo fermarsi della perdita è susseguita da intenso dolore uterino e sensibilità, da tutti i sintomi di forte congestione uterina, talora anche da effettiva infiammazione d'utero (22). Il morale pure

(*) Vedi su tal punto le osservazioni di Parent-Duchâtelet, *De la Prostitution dans la ville de Paris*, vol. 1, pag. 228.

(22) È questo un accidente che verificasi colla massima frequenza nelle meretrici, talchè su nove di questi casi speciali d'amenorrea, da me veduti durante i sette anni di servizio della specialità, uno solo avvenne in contadina nubile che s'era esposta accidentalmente a raffreddamento dei piedi nel lavare le lingerie in corrente fredda. Nelle altre otto donne, tutte meretrici, la causa fu sempre la stessa, tanto che mi bastava verificare la forma acuta e dolorosa locale per sospettarne ed indovinarne l'origine sfuggita alle stesse malate: voglio dire l'essersi lavate il pulendo esterno e tutto il canal vaginale in acqua fredda durante la mestruazione, allo scopo di non sospendere il loro esercizio ed il loro guadagno. In questi casi più

reagisce sul fisico, come vediamo perpetuamente confermato nel caso di quelle funzioni anche che si supporrebbero più indipendenti dalla sua influenza; e si potrebbero addurre molti esempi in cui improvviso patema o timore o collera, arrestarono ad un tratto lo scolo mestruo (23).

che ad una congestione uterina, come vorrebbe il West, io propendo a credere aversi a fare con una congestione acuta peritoneale, limitata all'involo-
lucro dei visceri generativi, ed al cellulare che li unisce sì per la natura della causa e del turbamento da essa necessariamente indotto, quanto per la forma del patimento. E per vero, agito che abbia il freddo sul tessuto fibroso uterino fisiologicamente congesto, ne nasce di necessità contrazione di esso, costrizione dei suoi vasi, cessazione del flusso sanguigno, e respin-
gimento del sangue alle parti più profonde, peritoneo, cellulare intervisce-
rale, rete vascolare dei plessi pndendi: il dolore sulle prime mi si mostrò
diffuso a tutto il basso ventre, acuto, e risvegliato dalla più piccola pres-
sione, unitamente a vomito e febbre: che se più tardi, dissipata con ri-
medii opportuni (talora sanguisugio e cataplasmi caldi, talora applicazioni
gelide al basso ventre, e clisteri oppiati) la condizione peritoneale, rima-
neva non stato subflogistico del solo utero, da spiegare in altra guisa: e
cioè, l'aumentato plasma interstiziale che nella funzione mestruale viene a
separare le fibre del tessuto uterino, costituendo il così detto *molimen men-
struale*, non ha più modo di essere riassorbito a cagione della costrizione
patita dai vasi sotto l'influenza della causa, e rimasto in sito, consolidatosi,
rappresenta un essudato quale si avrebbe per processo flogistico, e ne dà
uguali fenomeni: fenomeni appunto di metrite subacuta con aumento di
volume del viscere che conseguitarono in quelle pazienti alla forma acuta
dolerosa dei primi giorni.

DE-CAISTOPORIS.

(23) Questa forma di soppressione dei mestruai, alla quale solo accenna
l'autore, dovuta a cause *psichiche*, merita di essere trattata e dilucidata con-
venevolmente. È uno stato patologico che nella pratica medica conta fre-
quenti esempi, e che costituisce un'entità morbosa distinta affatto dalle
altre specie di amenorrea fin qui studiate. Uno spavento, una profonda im-
pressione dello spirito, una intensa preoccupazione dell'animo, possono ta-
lora influire morbosamente in modo diretto sugli organi e sulle funzioni
riproduttive della donna, alla stessa guisa che ne vediamo per le stesse
cause impressionati gli organi della riproduzione nel maschio. Quanto po-
tere abbia sul fenomeno della erezione della verga un timore anche ingiu-
stificato, una contrarietà od un disgusto anche momentaneo d'affetto o la
stessa tema di anafrodisia nel momento più desiderato e opportuno, è cosa
che si sa avvenire a molti uomini anco robusti e sicuri in altro momento
del loro potere sessuale. L'azione sentita direttamente del cervello per la
causa morale si riflette sulle ramificazioni del gran motore organico, il gran
simpatico; l'impressione viene portata ai nervi vaso-motori, il cui eccita-
mento, come insegna la fisiologia sperimentale, ha per effetto la costrizione
dei vasi, il riflusso del sangue verso il centro circolatorio, con diminuzione
di temperatura, venendo così a mancare le condizioni opportune e necessa-
rie per l'erezione. Il fenomeno che qui vediamo limitarsi, concentrarsi agli
organi generativi, è generale in altri momenti, e si fa sentire con freddo
universale, orripilazioni protratte a lungo quando siamo sotto l'impressione
di un timore per un avvenimento vicino, quando siamo per esporci ad un

Ma sebbene siano varie le cause, pure il trattamento della soppressione dei mestruai s'aggira per la maggior parte su principii assai

pericolo, ad un pubblico cimento, al rischio, per esempio, di un esame, ecc. Lo stesso può e deve accadere per gli orgauî genitali femminei, per le ovaje nel caso che ora contempliamo, in conseguenza delle stesse cause morali succennate: eccitamento cioè dei nervi vaso-motori per l'intermezzo del gran simpatico, e produzione di effetti simili sulla congestione fisiologica mestruale; la quale verrà a mancare se si stava preparando, o sarà dissipata se già stabilita: mancata quindi la mestruazione se era prossima o soppressa se incamminata. Il dubbio che un non libero od illegittimo abbandono di sè stessa possa avere per risultato una gravidanza, lo spavento delle gravi conseguenze di questa, possono perseguitare e tormentare tanto la donna da ritardare la mestruazione, che senza tale profonda preoccupazione dell'animo non avrebbe avuto altra ragione per mancare. Il fatto stesso del fallito catamenio aggrava lo stato morale e induce patimenti fisici di altri orgauî, i digestivi in ispecie, e così sono raddoppiate le cause di amenorrea che viene per tal modo protratta a più mesi. Fu Raciborski che ha fissata l'attenzione nostra su questa specie di amenorrea, narrandone due storie assai interessanti. In un caso è una donna sempre regolarmente mestruata, che, lontana dal marito, cede ad un nuovo amore: piangenti e preoccupazioni seguirono da quel momento: il timore di essere incinta la perseguitò senza posa, e questo timore si mutò in disperazione quando non vide comparire i mestruî all'epoca in cui contava averli. L'impossibilità di diagnosticare una gravidanza così sul principio, consigliò il Raciborski a rassicurare la donna che l'esame praticato escludeva il dubbio: e ciò fece allo scopo di minorare almeno i patimenti morali e prevenirne le possibili conseguenze morbose. Tosto la fisionomia della paziente si rasserenò; al mezzo morale si aggiunsero eccitanti nervini; e dopo due giorni il catamenio comparve per continuare poi regolarmente. — Il secondo caso è di una signora che aveva stabilito troncato ogni rapporto sessuale col marito, perchè motivi d'interesse l'inducevano a non desiderare altra prole, dopo che una bambina era nata nei primi anni di matrimonio. Avendo maritata questa sua figlia, e nella gioja familiare dell'avvenimento non avendo avuto il coraggio di trattare quella sera il marito col rigore abituale, fu preso dal dubbio che la sua debolezza potesse essere castigata da una gravidanza. Ne provò grave inquietudine, accresciuta fino alla disperazione per la non comparsa del catamenio, in lei regolarissimo sempre. Raciborski cominciò da dichiarare che non poteva pronunciarsi sull'esistenza d'una gravidanza così recente; esser disposto a credere, dai dettagli avuti dal marito, che essa non dovea esser rimasta incinta, e che lo stato suo morale giustificava il ritardo dei mestruî. Fu data una tazza di infuso di fiori di tillio e d'arancio, e la sera una capsula di apio (olio etereo di Apio, detto volgarmente prezzemolo; Apiina in capsula, rimedio eccitante aperitivo), di cui Marotte fa grande uso nella amenorrea e nella dismenorrea. Due giorni dopo la visita, la mestruazione era già comparsa normalmente.

Un altro fatto che qui narro, ocorso a me quattro anni or sono, e del quale non seppi allora rendermi conto non avendo ancora conoscenza dello scritto interessante di Raciborski, va ascritto a questo genere di amenorrea, ed è una storia assai evidente dell'influenza delle cause psichiche sulla mestruazione.

Era una giovane ragazza che, sgraziatamente rimasta incinta, io aveva

semplici, e sempre gli stessi in pressochè tutti i casi. Due punti richiedono attenzione; primo, rieccitare subito, se possibile, la mestrua-

già assistita nel parto. Sorvegliata dai parenti dopo questo fatto, essa non poteva avere che rarissime occasioni di convegno coll'amante, siccome mi narrò in seguito, a distanze talora di 2 a 3 mesi. Una volta venne a visitarmi in casa, pregandomi ad aiutarla nella sua disgrazia, dacchè riteneva essere incinta. S'era trovata coll'amante e i suoi mestruì erano mancati poco dopo, dandole sospetto grave del suo stato. Io naturalmente non potei nè esprimerle un giudizio nè amministrarle rimedio alcuno: la pregai solo a mettersi di buon animo, chè avrei fatto ogni cosa per assisterla ed esserle utile. Venuta l'epoca della ricorrenza consecutiva mi fece sapere che la mestruazione era comparsa felicemente e più abbondante. Trascorsero due mesi e di nuovo vengo visitato da questa giovine, e mi sento ripetere la medesima storia di convegno coll'amante, di mestruazione attesa inutilmente già da 15 giorni e di timore d'esser gravida. Le ripetei le medesime cose e le espressi l'inutilità delle sue angosce finchè il dubbio non s'era fatto certezza: e che in seguito si sarebbe provveduto di concerto. Passarono pochi dì e la mestruazione comparve abbastanza regolarmente. Tentando di spiegare a me stesso il caso, io supposi che quella amenorrea verificatasi solo dopo i due convegni potesse ascriversi ad uno spasmo del tessuto uterino e compressione conseguente della rete vascolare in conseguenza dell'eccitamento eccezionalmente portato all'organo nella copula, forse smodata, perchè di rado esercitata. Quando presi nota del lavoro di Raciborski ho potuto attribuirvi una causa più verosimile, l'inquietudine morale, tanto più che nessun fenomeno irritativo uterino seguì il rapporto sessuale di quelle due occasioni.

È assai importante il distinguere una amenorrea per causa psichica, dalle altre specie di amenorrea, ed il carattere saliente dovrà esser quello del timore grande d'essere incinta, giustificato dalla posizione sociale o dai rapporti di famiglia propri alla paziente. — Nè il sopravvivere di una menorragia, dopo una sospensione catameniale, avvalorà il dubbio di gravità preesistente e da poco iniziata: chè è comune, come vedremo fra poco, questa specie di compenso fra un'epoca mensile mancata e un'altra consecutiva manifestatasi.

Quanto accade per influenza di una causa continuata e lenta, avviene pure sotto l'impressione repentina di una causa violenta; e non sono pochi gli esempi in cui uno *spavento* ha sospeso una mestruazione in corso o l'ha fatta mancare quando era aspettata in prossimità di tempo. Quivi avviene però di spesso che il turbamento si estenda più in là che agli organi generativi, e cioè ne induca in altri visceri importantissimi, il cuore principalmente, e venga a costituirsi causa di fenomeni morbosi generali. Osservasi difatti, ed io ne ebbi a vedere varii esempi nelle sale del nostro grande Ospitale, che dopo un vivo spavento, avutasi una sospensione mestruale e cardiopalmo intenso, ostinato, si stabilisca lentamente un'alterazione della crasi sanguigna che s'appalesa con colorito anemico, edemazia diffusa in unione al conseguente affievolimento di facoltà digestive e di forze. La prima impressione fu qui sentita dai nervi vaso-motori dell'apparato inserviente alla funzione mestruale tosto sospesa; il resto dei fenomeni morbosi rivela l'impressione più profondamente sentita da altri maggiori sistemi, ed assai probabilmente in modo primitivo dal sistema ganglionare.

DE-CRISTOFORIS.

zione; secondo, provvedere pel suo ristabilirsi quando ritorna un'altra volta il proprio periodo. Se il semicupio ben caldo o il bagno caldo, il letto ed un cordiale o diaforetico vengono meno a ricondurre il flusso arrestato subitaneamente dal freddo o da qualunque altra causa, dobbiamo attendere pazientemente fino al ritorno del periodo mestruo più prossimo, a meno che non sopravvengano sintomi veramente urgenti indicanti gran congestione o infiammazione dell'utero; e questi ponno richiedere generosa deplezione locale, od anche il salasso ed altri mezzi attivi per fermarlo il loro progresso.

Al ritornare del susseguente periodo mestruale si deve prendere la più gran cura onde assicurare il normale esercizio della funzione, coll'uso di tutti quei mezzi che indicai nell'ultima lezione parlando dell'amenorrea. L'importanza di far ciò non può valutarsi di troppo, giacchè molti casi di dismenorrea abituale, dovuta probabilmente ad uno stato di irritazione o infiammazione cronica delle ovaie, rimontano a qualche accidentale soppressione dei catamenii, e i patimenti si resero stabili per manco di debite cure al ritornare dei rari periodi successivi.

Non entra nel mio piano di occuparvi col ripassare minutamente un argomento già spesso ritratto; e perciò, nel considerare i differenti disordini della funzione mestrua, mi accontenterò indicarvi i grandi principii, dietro cui devo da voi regolarsi il loro trattamento, piuttosto che cercare di entrare in dettagli che li riguardano.

Così facendo passiamo ora alla considerazione dei casi in cui i mesi furono scarsi, o soppressi, o non comparvero a tempo debito, allo studio di disordini della funzione mestrua di un carattere affatto opposto, a casi che si denominano *menorragia* o *mestruazione eccessiva*.

Questo eccesso di mestruazione può mostrarsi sia con grande profusione dello scolo, sia con lunga durata, sia con suo frequente ritorno. È importante il conoscere, come vedrete in appresso, in quale di questi diversi modi siasi dapprima e principalmente mostrata tale eccessiva mestruazione, giacchè da queste variazioni ponno spesso dedursi conclusioni importanti tanto per la causa del male come per i suoi mezzi di cura. Bisogna però badare che di rado la mestruazione continua a lungo ad essere eccedente sotto uno solo dei citati aspetti; ma se la menorragia non viene prontamente frenata, la paziente avrà delle mestruazioni non solo in maggior copia, ma per un tempo più lungo, o ad intervalli più brevi del normale.

Si moltiplicarono senza scopo divisioni e suddivisioni della menorragia in molte specie differenti. La sola classazione che mi sembra di vera pratica utilità è quella che riconosco due forme, dipendenti:

- 1.º Da qualche causa che ha sede nella costituzione generale.
- 2.º Da qualche affezione del sistema sessuale.

Non dovrebbe mai perdersi di vista in pratica questa distinzione sebbene si possa di rado incontrare un caso in cui questa linea di demarcazione sia così precisa quale cerchiamo di fare nelle nostre nosologie.

Prima di dire altro circa la menorragia, vale forse ricordare una cautela, che cioè qualunque eccessiva emorragia dall'utero non gestante durante gli anni di attività sessuale non è di necessità una menorragia. Le donne stesse sono facili a pensar così di tutte le perdite di sangue durante tal periodo di loro vita, e i pratici sono pure di spesso colpevoli della stessa svista. La menorragia è un eccesso di scolo mestruo, una soprabbondante emorragia, la cui causa in primo punto è quella congestione degli organi sessuali che accompagna la maturanza e il distacco di un ovolo dall'ovario. Come vi indicai nella lozione di jeri, in qualche caso in cui i mestruj furono a lungo soppressi, ponno aversi dall'utero sgorgli di emorragia che arrecano sollievo al sistema, o che pel loro eccesso mettono perfino a pericolo il benessere della paziente; e questo indipendentemente dalla funzione di cui la mestruazione è il segno, alla stessa guisa che in caso di emorragia dall'intestino o dalle emorroidi. Parimenti pure una paziente può morire dissanguata per un canero dell'utero, o per un polipo, o per un tumor fibroso di quell'organo, eppure tale emorragia può non essere una vera menorragia.

Anche in questo caso non può farsene la distinzione, perchè l'incipiente malattia uterina può dapprincipio rivelarsi con esuberante congestione del sistema sessuale e conseguente abbondante scarico di sangue al periodo mestruo; ma col progredire del male, l'emorragia può aver luogo a qualunque tempo indipendentemente da speciale occasione di eccitamento uterino. Perchè una qualsiasi distinzione non è sempre praticabile, io non dico però che cessi di essere utile.

Ma per ritornare (*) alla menorragia si disse che *dependesse* in alcuni casi da cause agenti per mezzo del sistema generale. Così, per esempio, qualche anno fa conobbi una signora di circa 40 anni, vedova, che passava il suo tempo, parte soggiornando in questo paese per due o tre mesi di seguito, e risiedendo il resto dell'anno in lo-

(*) La mestruazione prematura, *menstruatio praecox*, fu classificata da qualche autore come una forma di menorragia. Ho preferito però di sorpassarvi, giacchè casi di pubertà precoce interessano più il fisiologo che il medico. Due rimarchi però si devono far in questo luogo. Primo, che quei casi in cui il sistema sessuale fu stimolato a prematura attività da varie dannose influenze fisiche e morali, non sono casi genuini di pubertà precoce; e secondo, che non si devono riguardare come tali tutti i casi in cui una o più volte si ebbero scoli sanguigni dagli organi sessuali in fanciulle quasi infantili o molto giovani.

Casi di vera pubertà precoce, in cui l'intero corpo subì nella prima fanciullezza i vari cambiamenti che usualmente hanno luogo negli anni più avanzati ed annunciano il giungere allo stato di donna, sono di gran lunga meno comuni di quanto potrebbero far credere a tutta prima i numerosi rapporti che si trovano nelle opere mediche circa il loro accadere. Una sana critica su molti dei casi precoci si trova in Naegle, *Abhandlungen, etc. aus dem Gebiete der Krankheiten des Weiblichen Geschlechtes*, 8.^o Mainz, 1812, pag. 312-328. Numerose relazioni, sebbene alcune di esse di dubbia autenticità, si trovano in Meissner, *Frauenkrankheiten*, vol. 2, 8.^o Lipsia, 1846, pagine 723-739; e in Busch, *Das Geschlechtsleben des Weibes*, vol. 4, 8.^o Lipsia, 1843, paragr. 243, pag. 459-465; e finalmente un caso interessante, con buone osservazioni su molte precedenti storie di mestruazione prematura, si trovano in un piccolo libro di 47 pagine, del dottor Reuter, *Ueber die Praecocität der Menstruation*, 8.^o Wiesbaden, 1846.

calità alquanto umida in Irlanda. La mestruazione era sempre regolare all'epoca del suo ricorrere e naturale in quantità finchè restava in questo paese: ma per circa due o tre anni il suo ritorno in Irlanda era seguito da una scarica eccessivamente profusa di sangue ad ogni periodo mestruo; sintomi che cessarono di nuovo dopo poche settimane di soggiorno in Inghilterra. Come agisse in questo caso il cambio di clima non è possibile il dire, sebbene non siano troppo scarsi gli esempi, alquanto simili, dell'influenza della località nel modificare le funzioni uterine.

Si trovano talora casi in cui l'alterato stato del fluido circolante, reperibile perfino da una grossolana chimica, coesiste e sembra sia la causa eccitante della menorrhagia (24). In casi di degenerazione granulare dei reni la menorrhagia è di comune occorrenza. Il sangue alterato ed attenuato sembra sfuggire più prontamente che allorchè è normale dai vasi uterini lorchè essi al ritorno del periodo mestruale sono congesti; ed ebbi a notare tre o quattro casi di supposta malattia d'utero, in cui il più accurato esame non potè scoprire una causa locale della profusa mestruazione; ma in cui l'urina fu scoperta carica di albumina. È degno di rimarco il suggerimento che deriva da questo fatto circa l'opportunità di esaminare l'urina, quantunque nessun sintomo sembri indicare l'esistenza di malattia renale; il tubo d'assaggio potrà dunque aiutare a rischiarare un caso oscuro di supposto male uterino. Non fa bisogno essere specialista, quando anche il caso vi condurrà ad aver che fare con una classe speciale di malattia; ma dovete essere medici, e quanto più imparate a stimare rettamente l'influenza dei disordini di una parte sulle funzioni di un'altra, altrettanto verosimilmente diventerete buoni e fortunati pratici nella cura delle malattie speciali.

Alquanto simili nella loro natura sono quei casi di menorrhagia che si incontrano di frequente verso il declinare dell'attività sessuale in cui con una disposizione generale alla pletora dei vasi addominali, un fegato torpido, e costipazione intestinale, la mestruazione è talora irregolare nel suo decorso, spesso anticipa nella data del suo ritorno, ed è spesso eccessiva in quantità. Tali emorragie non sono di ne-

(24) Avviene un fenomeno consimile al principio di molte piressie in ispecie nelle febbri eruttive, quali il tifo esantematico, il vajolo, il morbillo nell'adulto; malattie di carattere infettante, nelle quali sembra che l'alterazione sanguigna, consistente in diminuzione della fibrina (ipinosi), sia la causa prima che il sangue trapeli dai vasi della mucosa uterina per propria natura esili più che in altre mucose, e costituiti da una semplice membrana jalina, in guisa da simulare una mestruazione iniziatesi. Che se nel progresso delle malattie zimotiche suddette avviene una vera metrorragia, come vedesi spesso accadere la rinnorrhagia, il fenomeno, oltre la condizione del sangue fattasi peggiore, ha una nuova causa nell'alterazione delle pareti vasali e nello sfasciamento dei tessuti. DE-CRISTOFORIS.

cessità mestruali, sebbene abitualmente abbiano luogo all'epoca catameniale o vicino ad essa, giacchè la congestione dell'utero, che in allora esiste, favorisce il comparire di profusa emorragia dall'utero piuttosto che da qualunque altro organo.

Una tendenza all'emorragia è di frequente compagna a molte condizioni di debolezza, e noi invochiamo forse giustamente qualche mutamento e deterioramento del fluido circolante a spiegare tanto la debolezza generale che l'accidente locale. In donne la cui forza è esausta, o il cui sangue fu impoverito da allattamento protratto, la ricomparsa dei mestruî ha spesso luogo con indebita abbondanza di perdita, spesso in tal quantità da costituire una vera menorragia, mentre in molti casi la lunga durata dell'emorragia è altrettanto inquietante per la paziente, quanto la profusione con cui fluisce. È quindi così dimostrata un'altra menorragia da cause costituzionali.

Simili casi sono infatti così frequenti e producono spesso tanta inquietudine da richiamare pel momento una speciale attenzione. Una donna che ha raggiunto il periodo in cui comunemente cessa la mestruazione, trova che, indipendentemente da qualunque causa cui attribuirlo, la perdita si fa molto più copiosa di quel che soleva. Dura più a lungo, è più abbondante durante il suo scolo, e spesso ritorna con maggior frequenza di prima; ma non è accompagnata da dolore, e non è susseguita da leucorrea purulenta o mucosa, sebbene non di rado una perdita siero sanguigna continui negli intervalli della mestruazione, o viene prodotta dalla minima fatica. La mancanza di ogni disturbo locale fa sì che la paziente dilazioni per vari mesi qualsiasi trattamento, nell'idea che il male presto scomparirà colla cessazione spontanea della mestruazione, finchè la crescente debolezza giornaliera, la dispnea al minimo sforzo, il gonfiore dei tarsi, e l'indebolita facoltà digestiva la sollecitano a cercare sollievo a quei sintomi che anche allora a mala pena dessa connette colla emorragia perpetuamente ricorrente. Tali pazienti si presentano alle ambulanze degli Ospedali o a qualche pratico dopo lungo indugiare, coll'aspetto logoro, la fisionomia pallida gialliccia, che subito fa nascere il dubbio trattarsi di malattia maligna. Questo sospetto è inoltre corroborato spesso volte dalla narrazione che la perdita è talora fetida, condizione per nulla affatto infrequente in casi di protratta emorragia, se il sangue non è tolto ogni giorno dalla vagina a mezzo delle iniezioni. In ogni caso di comparsa di menorragia senza causa in età avanzata, non si deve perder di vista l'esistenza probabile di un cancro, giacchè ad esso od alla presenza di piccoli tumori fibrosi o polipi si deve spesso attribuire l'emorragia. In questi casi speciali però non esiste malattia uterina, sebbene qualche volta pel continuo afflusso di sangue all'utero esso aumenta di volume. Spesso il viscerale non è più grande del naturale, non è indurito, nè per alcun riguardo ammalato, nè in tale completa assenza di male locale si sa rendersi ragione di così grave disordine funzionale.

Ma quantunque in simili casi il sistema sessuale non sia la parte

essenzialmente malata, pure nessun serio disordine delle sue funzioni può aver luogo, e molto meno ripetersi di frequente, senza essere accompagnato da qualche segno di patimento uterino. Un senso di peso nella pelvi, una sensazione di premito e dolori simpatici ai lombi dimostrano che l'utero è più pesante del naturale, e che i suoi vasi per l'abituale congestione sono sopraaccarichi di sangue; mentre la perdita mucosa che persiste negli intervalli tra i periodi mestrui non è che l'effetto della stessa condizione, la quale accresciuta all'epoca di ciascun eccitamento ovarico, dà allora origine al profuso scolo di sangue. Dippiù, siccome lo sforzo mestruo ritorna ogni 28 giorni, l'utero congestionato non ha tempo di ricuperarsi tra ciascun periodo. Il sangue ha appena cessato di colare, che di nuovo si fissa sull'organo pel rinnovarsi dell'eccitamento ovarico, e il tessuto uterino essendo più molle e i suoi vasi ognor più dilatati ad ogni susseguente ricorrenza, viene facilitata ognor più la perdita del sangue fino a non aversi più intervallo alcuno, per modo che la perdita continua costantemente, e la mestruazione è avvertita solo da emorragia maggiore di quella che ha luogo nelle altre epoche. L'influenza dell'abitudine pure, che ricordai parlando dell'amenorrea, non è meno mareata nei casi di menorragia, tendendo a perpetuare il male, a renderne difficile la rimozione anche lunga pezza dopo che ha cessato di agire la causa da cui in origine dipendeva.

Alcune deduzioni applicabili alla pratica possono tirarsi da quanto già si disse.

1.° L'importanza di determinare se la causa della menorragia sia da cercarsi nello stato del sistema generale o degli organi sessuali.

2.° La necessità di tener bene a mente che anche quando il male dipende da causa costituzionale, è accompagnato pure da certi sintomi locali; ed inoltre che questi ultimi possono persistere lungo tempo dopo tolti i primi.

3.° Dalle due precedenti dichiarazioni ne segue come corollario che è essenziale in ogni caso di menorragia a lungo continuata di determinare con attento esame la presenza o l'assenza di malattia locale; e ciò tanto più che i primi stadii di affezioni organiche dell'utero sono non solo spesso accompagnati da menorragia, ma sono anche spesso privi di ogni altro sintomo (25).

(25) Oltre le cause costituzionali, lo stato morboso di qualche viscere per sé può indurre menorragie. Io ricordo un esempio chiarissimo di una giovine cameriera, nella quale una manifesta ipertrofia cardiaca fu la sola condizione patologica viscerale che si sia potuto accusare quale causa delle menorragie di cui pativa da alcun tempo. E si capisce assai bene come il sangue potesse e dovesse dai capillari uterini aprtersi sotto la congestione fisiologica, fluire in maggior copia in questo soggetto, che in altro a cuore normale, dacchè il circolo si faceva in essa più energicamente e la rete sanguigna soffriva una pressione esagerata. Sottoposi questa donna

Ma vi è una seconda classe di casi in cui si ha menorragia come risultato di qualche causa agente direttamente sul sistema sessuale. Ci occorre di vedere talora casi tali che sembrano essere una speciale suscettibilità del sistema sessuale, in cui qualunque subitaneo eccitamento, sebbene non in relazione colle funzioni sessuali, e seguito da emorragia, che dura fors'anco solo per poche ore o per un giorno, ma che talora continua più a lungo, ed anche degenera in regolare menorragia; mentre in tutto le pazienti che sono soggette a questo accidente, la mestruazione è quasi costantemente profusa. Un effetto simile è prodotto da cause agenti direttamente sul sistema sessuale: d'onde, mentre troviamo in alcuni casi che lo stimolo inusato dei rapporti sessuali conduce alla soppressione dei mestruì, l'osserviamo pure in altre occasioni essere susseguito dal loro eccesso (26).

alla digitalina a dosi crescenti e non interrotte per lungo tempo, mentre ai primi segni della vicina mestruazione l'obbligai a tenersi a letto ed evitare qualsiasi fatica. Da questo trattamento ebbe il vantaggio di tre consecutive mestruazioni normali per quantità di perdita sanguigna, unicamente quale conseguenza del frenato impulso cardiaco e del moderato circolo sanguigno.

DE-CRISTOFORIS.

(26) L'eccitamento sessuale ha influenza non solo sul fenomeno dell'emorragia catameniale, portandola cioè talora al grado di menorragia, ma ancora sul fenomeno stesso fisiologico della ovulazione, dando una prova di più che la maturazione dell'ovolo è subordinata alle condizioni generali e può essere per cause diverse ritardata, anticipata e sospesa. Appoggiato al fatto normale, non rarissimo, di mestruazione doppia mensile, che si ripete cioè ogni 15 giorni, io ritengo potere l'ovulazione e quindi la mestruazione verificarsi in questa doppia misura pel solo fatto dell'eccitamento sessuale senza morbosa condizione topica di sorta; e ne racconto tre casi, due di mia pertinenza, un terzo di un collega che mi consultò in proposito.

Trattavasi la prima volta di una giovine sposa Belga, la quale nel viaggio di nozze per mare, ferrovie e diligenze, avuta la mestruazione nei giorni consecutivi al primo amplesso maritale, vide ricomparire il flusso sanguigno 15 giorni dopo colle stesse apparenze della precedente epoca, se si eccettua qualche dolore uterino maggiore degli abituali, sospetto di essere effetto di fatica del viaggio; e in capo a poco meno di due settimane ebbe a verificare altro scolo sanguigno, del quale non si allarmò la signora, ritenendolo per la giusta epoca mestruale. Ma ciò che la indusse a cercare di un medico si fu che, arrivata a Milano, ad onta dell'essersi tenuta in riposo presso una famiglia amica al marito negoziante, rivide nuovo flusso sanguigno in capo a 12 giorni dall'ultimo.

Fu obbligata a riposo assoluto a letto ed a prendere semicupi tiepidi e bevande rinfrescative, nel criterio trattarsi di una congestione uterina. Ma a nulla valse tal trattamento, chè due volte ancora alla distanza poco più, poco meno di 15 giorni si rinnovò lo stillicidio dal pudendo. Fui chiamato allora a visitarla, volendo il marito che fosse fatta ispezione topica dacchè il generale nulla accennava di morboso. Il più diligente esame non mi diede

Generalmente in questi casi la mestruazione continua a tenere il suo proprio periodo di ritorno, ma ad ogni ricorrenza dura molto di più; mentre l'astenersi dai rapporti per un'epoca o l'uso moderato di ossi successivamente, sono pressochè sempre seguiti da mestruazione che riprende il suo carattere naturale. Di cura più difficile però sono quei casi in cui per una od altra causa il matrimonio è sterile, e specialmente quelli in cui, per disparità di anni o per debolezza costituzionale da parte del marito, l'atto sessuale si compie solo imperfettamente. In queste circostanze si mantiene una specie di irritazione cronica delle ovaie e una cronica congestione dell'utero che conduce ad un grado di ipertrofia della sostanza uterina o a profuso sanguinare della sua membrana interna. La menorragia pure non di rado si osserva nelle prostitute pel costante sopraeccitamento dei loro organi sessuali, e la sua cura è pressochè impossibile per qualunque mezzo senza l'abbandono completo delle loro abitudini.

Le cause locali però che possono originare la menorragia sono mol-

il più piccolo segno di stato morboso, i visceri generativi erano in perfette condizioni, ed ebbi l'assicurazione che i rapporti sessuali furono assolutamente troneati per profilassi. Rassicurai la malata che nulla v'era a fare, doversi sorvegliare soltanto che dalla doppia perdita mensile non ne derivasse affievolimento di forze, depauperamento sanguigno: nel qual caso una nuova ispezione e una cura marziale sarebbero state richieste. La signora partì un mese dopo, florida d'aspetto e nella piena normalità di funzioni viscerali di cui godeva dall'età infantile, ad onta del rinnovarsi dello scolo sanguigno due volte in un mese. Volli esser tenuto informato del caso, e seppi che le cose restavano quali io le aveva verificate, dandomi così l'idea che in questo soggetto una doppia ovulazione si fosse stabilita quale effetto dell'eccitamento fisiologico dell'apparato sessuale.

Il secondo caso fu consimile; la malata, appartenente al comparto dell'Ospitale, vi degeva per una forma enterica in gravidanza, e dalla storia rilevai che dopo il matrimonio s'era in lei stabilita la mestruazione alla distanza di 15 a 20 giorni godendo di perfettissima salute, non ricordando dal lato degli organi generativi nè mostrando al più fino esame alcun sintomo morboso.

Un collega, e fu il terzo caso, ebbe a narrarmi la storia di una sua paziente, allarmata per l'identico fatto, del quale il medico non sapeva darsi ragione, tanto più che l'esame dell'apparato sessuale gli diede ripetutamente responsi negativi.

Non può esservi quindi dubbio che questo eccezionale fenomeno dovuto ad una causa fisiologica in condizioni fisiologiche corrisponda all'altro fatto eccezionale di mestruazione ripetentisi ogni quindici giorni fino dall'età prima pubere, senza provocazione per parte dei rapporti sessuali. — Il carattere di periodicità marcata, l'assenza di condizioni morbose dei visceri generativi atta a giustificare l'inconsueta comparsa mestruale, e il mantenimento delle buone condizioni generali avvisino il medico d'astenersi da qualunque intervento, inutile sempre, spesso dannoso.

DE-CRISTOFORIS.

teplici. Tutto ciò che produce un improprio eccitamento ovarico, che accagiona un'indebita congestione uterina, può verisimilmente provocarla; mentre ogni circostanza che rende l'utero più ampio, la sua tessitura più rilasciata, i suoi vasi di volume maggiore dell'usuale, facilitano d'altrettanto il suo occorrere. L'esercizio prematuro dopo il parto è spesso seguito da emorragia. Se una tale emorragia non viene prontamente frenata dalla cura, e il suo ritorno prevenuto da diligente attenzione, presto assume il tipo mestruo, e presto anche diventa eccessiva in quantità per la circostanza stessa che ha luogo da un viscere in cui i processi di involuzione sono ancora incompleti, e il cui liquido nei vasi è molto più abbondante di quello che sarebbe se la mestruazione fosse dilazionata fino al lasso dell'ordinario periodo puerperale. Per simile causa l'origine della menorragia è spesso da cercarsi nella mancanza di debita cura all'epoca della prima apparizione dei mestrui dopo un aborto; occasione in cui non dovete mancare di far comprendere alla vostra paziente il bisogno di ciò che può sembrare precauzione esagerata. Inoltre questa condizione dell'utero talora persiste per lunga pezza dopo il parto o dopo l'aborto, cui deve originariamente attribuirsi; o in persone deboli si riscontra anche indipendentemente da ogni causa apprezzabile, e ciò in sì grande estensione che la sonda uterina può talora scoprire che la lunghezza della cavità del viscere può variare perfino di mezzo pollice nel corso di una sola settimana. Questo stato di rilasciamento del tessuto dell'utero esiste parimenti e di frequente con una condizione granulare, abrasa, od ulcerata, della bocca dell'utero; affezioni locali che sebbene sembrino lievi, pure servono a mantenere un'abituale congestione dell'utero, e così fornire un'occasione sempre presente di menorragia (27).

(27) A migliore intelligenza di questi turbamenti della mestruazione, io credo necessario entrare un po' nei particolari delle modificazioni che subiscono gli organi sessuali femminili nell'esercizio delle loro funzioni.

1.^o *Mestruazione.* — L'utero modifica per volume e per forma: la turgescenza vascolare del tessuto è massima, una quantità maggiore di plasma interstiziale bagna e circonda gli elementi, diminuendo la reciproca adesione degli elementi muscolari e rendendo più flaccida l'intera massa del viscere: i capillari della mucosa si fanno assai appariscenti e formano, sotto l'epitelio, una rete delicatissima che circonda l'orificio dei condotti delle ghiandole. La mucosa si fa rosso-violacea, massime verso il fondo dell'organo, si gonfia e si eleva in salienze molli, di cui quelle di una parete toccano quelle dell'opposta per modo che la cavità uterina scompare. Le ghiandole mucose aumentano di volume, i loro sbocchi si fanno più visibili: l'erezione è completa. Allora l'epitelio della mucosa uterina si *desquama* e i capillari messi a nudo non possono opporsi allo sforzo del sangue, per cui la loro sottile membrana a nuclei si rompe e lo lascia passare: lo scolo continua fin tanto che dura l'ostacolo alla circolazione venosa di ritorno. I punti

Ponno enumerarsi altre cause capaci di dar origine ad eccessiva mestruazione, come percosse od altre offese fatto all'utero durante il periodo mestruo. Deviazioni o spostamenti dell'utero, come retroflessione o antiflessione, vi si associano spesso, e varie malattie organiche, come polipi, tumori fibrosi o cancro che sventuratamente pro-

salienti di questo nuovo ordine di cose torneranno vantaggiosi in avanti alla spiegazione di alcuni fenomeni morbosi. Intanto passiamo alla

2.^o *Gravidanza.* — Mentre la tessitura dell'utero si modifica per aumento degli elementi muscolari già esistenti e per formazione di nuovi, per maggiore e mirabile vascolarizzazione e per accrescimento del tessuto connettivo in guisa da raggiungere il volume a tutti noto, la mucosa uterina offre cambiamenti evolutivi paralleli sul principio, per costituirsi in caduca, e lasciar posto alla rigenerazione di altra mucosa nuova. E volendo delineare brevemente ed utilmente questi mutamenti dirò: — a) i follicoli mucosi o ghiandole tubulari danno un prodotto lattescente vischioso nella mestruazione e nei primi mesi di gravidanza, contenente granulazioni adipose, cellule epiteliali desquamate, riempite di granuli adiposi, e muco viscido; — b) le cellule proprie della mucosa, poco numerose fuori gravidanza, si fanno abbondanti dapprima, moltiplicano e rendono l'elemento predominante della trama mucosa del terzo mese fino al parto; — c) la trama della mucosa si modifica pure; gonfiata, fatta molle gelatinosa, lacerabilissima, si stacca come sostanza poltacea nelle prime 5 settimane; — d) la rete vascolare si allarga e si anastomizza grandemente, formando una rete intricatissima; — e) l'epitelio a cellule prismatiche della mucosa è diventato pavimentoso, poliedrico, dopo essersi esfoliato a lembi.

La caduca inter-utero-placentare è quella porzione di mucosa uterina, al livello della quale le villosità del corion, continuando a svilupparsi durante tutta la gravidanza, formano poco a poco la placenta: essa separa l'ovulo dapprima, poi la placenta dallo strato muscolare dell'utero: un legxier strato superficiale di essa viene esportato dalla placenta e si rinviene sulla sua superficie cotiledonare: il resto rimane adeso alla muscolare e non si fece caduca a motivo della continuità dei suoi vasi con quelli della tonaca fibrosa e della non interrotta sua nutrizione. È improprio quindi il chiamarla decidua, perchè, come vedesi, rimane sempre in sito. Il resto della mucosa uterina diventa caduca perchè diminuisce di vascolarità, e perchè una sottile nuova mucosa si interpone a quella che cade in un uovo da 7 a 9 mesi: il corion porta seco le caduche uterine e riflesse, ma la faccia interna della muscolare è già tappezzata tutta da uno strato sottile, molle, villosa che rappresenta la nuova mucosa rigenerata. Otto o dieci giorni dopo il parto questa è già liscia, densa, glutinosa, ancora molle però e staccabile facilmente. La nuova mucosa nasce al quarto mese circa, quando la mucosa antica uterina cessa di esser vascolare e diventa caduca.

Il prodotto della mucosa durante la sua rigenerazione chiamasi *l'achio*: nel primo giorno di puerperio consta di un sangue assai ricco di leucociti, di cellule epiteliali pavimentose, granulazioni molecolari numerosissime e piccoli granuli adiposi: nel secondo giorno e in seguito vanno scomparendo i globuli rossi e non si mostrano che i bianchi: vi si trovano cellule pavimentose vaginali, cellule poliedriche e sferoidali dell'epitelio vaginale profondo e del collo uterino, i granuli grassi diminuiscono col decrescere

ducono emorragie costanti, a principio in molti casi manifestano la loro resistenza con aumentato scolo di sangue all'epoca ordinaria mestruale. L'infiammazione dell'utero, e specialmente io credo della sua interna membrana produce in molti casi questo effetto, e non solo lo produce in una singola occasione, ma eccita uno stato in cui la

dei lochii. — Il muco della cavità del corpo uterino nel puerperio è composto: 1.^o di un liquido vischioso che tiene sospesi i seguenti elementi; 2.^o un gran numero di granulazioni grigiastre finissime inattaccabili dall'acido acetico; 3.^o una quantità ancor maggiore di granulazioni o gocce adipose; 4.^o globuli ematici in proporzione variabile; 5.^o leucociti piccoli e grossi; 6.^o cellule epiteliali sferiche, pavimentose, irregolarmente prismatiche seminate di granulazioni grasse dall'ottavo all'undicesimo giorno; 7.^o corpi fusiformi fibro-plastici, stretti, corti; 8.^o nuclei embrio-plastici, senza nueleolo. Questo muco persiste lungo tempo dopo il parto. — Quando l'utero è ridotto al volume normale dà un muco poco vischioso, rosso-grigiastro in cui si scorge: 1.^o un fluido vischioso che tiene in sospenso molte granulazioni, adipose; 2.^o globuli rossi; 3.^o leucociti per lo più non granulosi; 4.^o molte cellule epiteliali prismatiche isolate od avvicinate, molte cellule poliedriche, cariche di granuli adiposi a guisa di gocce; 5.^o corpi fusiformi fibro-plastici liberi, nuotanti nel muco.

Il muco della cavità del collo è identico; solo è più vischioso, e grigio appena rossastro.

Il muco delle trombe in puerperio è bianco giallastro, simile a pus; ne riempie il lume, non contiene leucociti, contiene un liquido vischioso, fine granulazioni grasse, epitelio a nuclei liberi e cellule in proporzione varia.

Egli è per la mancanza dell'epitelio caduto e per la sottigliezza delle pareti vasali della mucosa uterina che sotto la congestione mestruale e nella stimolazione smodata del coito, si ha il flusso sanguigno esterno fisiologico o la esagerazione di questo lorchè alla causa normale, l'ovulazione, si aggiunge altra causa qualsiasi che agisca aumentando l'afflusso sanguigno, siccome è del coito, delle fatiche del camminare o stare a lungo in piedi. Tanto più facile poi a spiegare si è la menorragia che può seguire l'amplesso sessuale esercitato appena dopo l'aborto od il parto, a motivo della distensione subita dai vasi e della estensione maggiore della rete vascolare serpeggiante nel tessuto uterino, ed a motivo ancora o della formazione incompleta della nuova mucosa rigenerata (dal quarto al settimo mese di gestazione) o della estrema mollezza e friabilità sua (dal settimo al nono mese e nei primi giorni di puerperio) o della mancanza assoluta di questa tonaca nella maggiore superficie del viscere (dal primo al quarto mese di gestazione), come già feci notare.

La sierosa peritoneale pure subisce, come gli altri tessuti, in gravidanza, una lieve ipertrofia, che spiega l'estensione maggiore che acquista all'ingrandirsi dell'utero, senza che si faccia più sottile del normale. — I legamenti uterini, i rotondi in specie, aumentano di volume per modificazioni portate alle loro fibre muscolari lisce. — I vasi sanguigni ed i linfatici dell'apparato sessuale in totalità accrescono di lunghezza e di calibro.

Basti per ora: verranno in seguito altre occasioni in cui queste cognizioni di fisiologia serviranno all'interpretazione di fatti patologici diversi.

DE-CRISTOFORIS.

menorragia diventa spesso abituale. Fu perfino asserito che molti casi (*) di ostinata menorragia dipendono da uno stato morboso della membrana interna dell'utero diventata sedo di minute granulazioni polipoidi, la cui esportazione, rasehiando la membrana stessa, è essenziale alla cura della malata. Indubbiamente però la frequenza di questo granulazioni fu molto esagerata; Picard non ne riporta l'esistenza nella tavola delle sue osservazioni su di 800 uteri (**); Rokitski non allude ad esse, ed io non ebbi a notarle in nessuna dei 70 uteri che attentamente esaminai qualche anno fa all'Ospitale di San Bartolomeo. Non puossi però dubitare la loro esistenza in qualche caso, nè la loro identità di struttura colla membrana mucosa dell'utero stesso (***), sebbene, mentre si trovarono nell'utero di donne che non avevano mai sofferto di forma alcuna di emorragia, non v'è prova che dimostri aver esso un nesso necessario coll'accadere della menorragia, o che la menorragia associata a quelle si possa distinguere per qualche sintomo particolare. Sapporre possibile distinguerle esplorando la cavità uterina col cucchiaino è cosa messa abbastanza in ridicolo da Aran (****), il quale critica i processi pericolosi che si supposto potessero essere giustificati dalla loro presenza, e sul conto delle quali io penso trattarsi di una condizione patologica per sé stessa di nessuna importanza (28).

(*) La prima descrizione è di Recamier, *Journal de Chirurgie* pel 1843, Nonat, che abbraccia l'opinione di Recamier, adotta la sua pratica, e dà uno schizzo della letteratura di tal soggetto a pag. 193, del *Traité des maladies de l'utérus*, 8.º, Parigi, 1860.

(**) Aggiunta al suo libro, *Des abus de la cauterisation, etc. dans les maladies de la matrice*, Parigi, 8.º, 1846.

(***) Vedi la descrizione della loro struttura anatomica di Robin, *Archives de Médecine*, 1847, vol. 17, pag. 411.

(****) Nel suo libro, *Leçons sur les maladies de l'utérus*, 8.º, Parigi, 1858, p. 475, egli dice « che cosa credono sul serio di poter distinguere col mezzo del cucchiaino, cioè all'estremità di un'asta lunga un piede? — queste fungosità che misurano in ogni direzione tre o quattro millimetri, e che appena s'innalzano di uno o due millimetri sulla superficie della membrana mucosa? e questo anche a dispetto della loro grande mollezza e della loro continuità, senza una linea ben distinta di demarcazione dalla membrana mucosa sana? »

(28) Non è certo senza meraviglia che vediamo negato dal prof. West le granulazioni polipoidi, altrimenti chiamate *vegetazioni vascolari*, *granulazioni fungoidi* della mucosa uterina tanto del canale cervicale che della cavità del corpo: nè valgono le citazioni che ha fatte di altri specialisti concordanti secolui, giacchè altri pratici parimenti autorevoli possono essere contrapposti, i quali fanno di quella condizione un'entità patologica assoluta e distinta. Forse non è lontano dall'esser causa di tale opposizione lo scarso uso che per diverse ragioni si fa dei mezzi di dilatazione delle cavità uterine come atto preparatorio ad altre operazioni, e per opera dei quali soltanto si poté giungere alla verificazione di questo speciale stato della mucosa. Ma quand'anche ci mancasse un tal mezzo diagnostico, qual'è mai la ragione che ci potrebbe far negare possa avvenire per la mucosa uterina ciò che vediamo accadere intto di per altri tessuti? Non abbiamo forse noi

Infine varie affezioni delle ovaie sono accompagnate dagli stessi risultati; gli spostamenti di quelli organi, la loro infiammazione, e più di rado la loro degenerazione ponno essere caratterizzate da abbondante e troppo frequente mestruazione. Ciascuna di queste cause di menorragia, però, come anche tutte le differenti affezioni dell'utero stesso, devono occupare la vostra attenzione in seguito e possono perciò essere lasciate senza ulteriori rimarchi.

Entrando a considerare il trattamento della menorragia è superfluo far osservare che questo non può essere uniforme, ma deve differire tanto quanto sono varie le cause a cui deve esser l'eccessiva perdita di sangue.

In ogni caso però dobbiamo adempiere a due indicazioni di cui or l'una or l'altra è la più urgente, cioè arrestare l'emorragia vigente e rimuovere la causa da cui dipende. I principii che devono guidarci nel cercare di ottenere l'ultimo intento sono troppo ovvii per richiederne se ne parli a lungo. Per esempio, in quelle pazienti in cui la menorragia non è che il segno e la conseguenza di una debolezza generale, i rimedii tonici e i preparati di ferro tendenti a rinvigorire la salute e a migliorare la composizione del sangue, avranno da soli una grande influenza nell'arrestare l'eccessivo profluvio al periodo mestruale. In alcuni di tali casi ancora la mestruazione è eccessiva relativamente alle forze della paziente più che assolutamente paragonata alla quantità di sangue perduto in genere all'epoca mestruale. Così è non di rado delle donne in cui compare la mestruazione du-

vegetazioni delle superficie suppuranti, vegetazioni della congiuntiva palpebrale, della mucosa retrobuccale, ecc.? Che se da queste meno facilmente e assai meno profusamente vien data una escrezione di sangue, non pertanto viene infirmato il concetto che emorragia si possa avere da eguale condizione della mucosa uterina: chè anzi quivi abbiamo buone ragioni per indurre che durante la ovulazione, la congestione fisiologica vascolare possa uscire dai limiti del normale quando la mucosa uterina presenta una vascolarità esagerata, quale si ha nelle esuberanze fungoidi di cui si parla. Del resto non è difficile il dedurre la presenza di questa condizione della mucosa delle cavità uterine, dal vederne affetta, come generalmente accade, la mucosa del muso di tinca, dal vederla apparire con vivo color rosso, con superficie ineguale appena al di là dell'orificio esterno uterino nella esplorazione con uno specolo a valve. Che se questo non basta, valga a rafforzare il nostro concetto, trattarsi cioè di menorragia da fungosità interne, la flaccidezza della mucosa cervicale che appare sotto la forzata distensione dell'orificio esterno e che può esser rilevata dalla sonda uterina; e valga ancora il pronto fluire di sangue appena che questo strumento venga introdotto profondamente e smosso anche dolcemente entro alle cavità. L'esito poi che ci dà il trattamento speciale, come vedremo più avanti, istituito direttamente allo scopo di togliere tali vegetazioni e con esse porre freno alle menorragie, infirma sempre più l'opinione di coloro che negano questa essenza patologica.

DE-CRISTOFORIS.

raute l'allattamento; ed in tali circostanze, generalmente basta slattare il bambino, e dare qualche tonico per ottenerne la guarigione. Meno curabili sono naturalmente i casi in cui l'alterazione del fluido circolante dipende da qualche causa profonda, quelli, per esempio, che esistono in casi di degenerazione granulare dei reni, sebbene in casi sia affatto ovvio dovere la nostra attenzione dirigersi principalmente a qualcosa di più che alla pura soppressione dell'emorragia presente.

Inoltre, l'eccessiva emorragia che si verifica in connessione ad uno stato di pletora generale dei vasi addominali, che si mostra in una disposizione alle emorroidi, ad un'azione torpida del fegato, ad uno stato di costipazione intestinale (condizione molto frequente verso il declinatio delle forze sessuali), ammettono meno i rimedii diretti alla soppressione dell'emorragia che i tentativi di allontanare quegli stati con mezzi indiretti. Sono questi i casi in cui una dieta attentamente regolata, da cui si bandiscano tutti gli stimolanti, grande attenzione alla condizione intestinale coll'uso abituale di piccole dosi di sali aperitivi (solfato di magnesia, tartrato di soda e potassa) o con qualche acqua minerale aperiente (acqua di Pullna, per esempio, continuata per settimane di seguito) mancheranno di rado di buon esito. In tali casi ancora, come in quelli di donne più giovani in cui, con uno stato di pletora generale e condizione piuttosto torpida delle intestina, i mestruj vanno di mese in mese diventando più e più profusi, un attivo aperiente preso il giorno prima del loro atteso apparire, ha di spesso un'influenza ben marcata nel frenare l'eccessiva emorragia.

Ma vi sono molti casi in cui gli organi sessuali sono essi stessi la cagione immediata dell'emorragia od in cui i cangiamenti che hanno subito tendono in alto grado a perpetuarla od aggravarla. In tutte le forme più importanti di malattia uterina od ovarica la menorragia è uno dei molti sintomi, ciascuno dei quali può richiedere la nostra attenzione o necessitare il nostro intervento. Qui dunque il ricorrere empiricamente a mezzi per frenare l'emorragia può essere fuori di luogo o senza scopo: e come lo stato particolare della costituzione esige considerazioni in alcuni casi, così il carattere preciso della condizione locale richiede in altri un'investigazione speciale.

Però onde non entrare in dettagli che ora occuperebbero molto tempo, e di necessità sarebbero anche incompleti, procurerò di fornirvi di alcune norme generali applicabili a casi di menorragia in genere, e darvi poi speciale direzione pel trattamento di quella in cui la quantità dell'emorragia, o la sua persistenza, o lo stato di salute della paziente, richiedono di adottare decise misure per la sua soppressione.

In tutte le varietà di condizioni vi sono certe precauzioni, che ogni donna, in cui è nota l'inclinazione alla menorragia, dovrebbe esser diretta ad adottare al ritorno di ciascun periodo mestruo. Prima tra le regole deve ricordarsi la stretta osservanza della posizione orizzontale fin dal principio della perdita e il mantenerla finchè essa cessa. Se oltro ciò si associa debita cura a che le intestine, all'errompere del

periodo, non sieno costipate, e per conseguenza i visceri della pelvi non congesti, saremo sorpresi in vedero molti casi di ostinata menorragia essere alleviati in assai breve tempo e l'emorragia rattenuta entro proprii limiti; ciò anche quando tutte sorta di rimedii sieno stati a lungo e senza frutto previamente usati. Per ottenere tale beneficio egli è necessario che la precauzione venga ripetuta per due o tre periodi successivi, e che dappoi al ritorno di ogni mestruazione venga preso un grado maggiore di cura di quelle che molte donne sono disposte ad osservare.

Ma mentre queste misure precauzionali sono egualmente applicabili a tutte le forme di menorragia, la condotta in ogni caso per altri riguardi differisce completamente secondo che l'emorragia assume un carattere attivo o passivo. In quest'ultimo caso si impiegano rimedii astringenti sia locali che interni, e ciò con diffidenza di riuscita: nel primo caso gli astringenti sarebbero fuori di luogo, e si affida la cura meglio a mezzi antiflogistici con maggiore o minore attività secondo l'urgenza dei sintomi.

Havvi una varietà d'eccessiva mestruazione dipendente da uno stato di intensa congestione uterina, se non di effettiva infiammazione di utero, in cui la copiosa perdita di sangue si associa ad un disturbo generale febbrile del sistema, con penoso senso di peso e di premito, con grande sensibilità addominale ed uterina, con dolori di carattere periodico come quelli di minacciante aborto o di primo stadio di travaglio. Questi sintomi, ai quali si diede il nome di *metritis hemorrhagica* da alcuni autori del continente, richiedono pel loro sollievo, come per la soppressione dell'emorragia, la cavata di sangue dal braccio o la copiosa applicazione di sanguisughe sulla parte inferiore dell'addome: misure assai efficaci se prese appena prima del comparire del periodo mestruo, o nel primo o nel secondo giorno dal principiare della perdita. Ma vi sono pure altri casi nei quali, sebbene i sintomi non siano molto urgenti, pure ogni tentativo per frenare direttamente la perdita sarebbe egualmente non confacente. Tali sono i casi di menorragia associati ad uno stato di plethora generale, in cui la faccia accesa, il polso pieno, il mal di capo al principiare del periodo sono a gradi alleviati colla perdita del sangue, e in cui l'emorragia sembra quasi essere salutare, se non tendesse a diventare eccessiva ed abituale, persistendo lunga pezza dopo cessata la causa che dapprima la occasionò. In questi casi deve usarsi un trattamento antiflogistico modificato; piccole dosi di solfato di magnesia con acido solforico e tintura di iosciamo se esiste molto dolore uterino, od il nitrato di potassa colla tintura di digitale, raramente riesciranno inefficaci a frenare la perdita di sangue (*).

N. 2.	
(*) Solfato magnesia	Gram. 8
Acido solforico diluito	» 2
Tintura iosciamo	» 4
Acqua di cannella	» 40
Acqua pura	» 120

M. f. mist. da prendere 2 grandi cucchiaini in una volta ad ogni 4 ore.

Casi presentanti un carattere attivo, o richiedenti in qualche modo mezzi antiflogistici per la loro cura sono però decisamente eccezionali. La menorragia più comunemente s'incontra congiunta ad uno stato di debolezza, o l'ovvia indicazione nella maggioranza dei casi è di frenare il sangue prontamente e coi mezzi più diretti che possiamo. A tale scopo, in tutti i casi di menorragia passiva, particolarmente quando l'affezione è di lunga durata, è da preferirsi l'impiego di rimedii astringenti (*), come l'allume, l'acido gallico, i sali di piombo od il matico fin dal primo momento della perdita, non aspettando che l'emorragia sia divenuta considerevole. Dei quattro rimedii or ora menzionati l'acido gallico e il matico sono quelli in cui io ho la maggior fiducia, mentre poco mi fido dell'acetato di piombo. Non conosco però speciale criterio con cui poter giudicare preventivamente se l'uno o l'altro rimedio sia preferibilmente applicabile nel caso particolare, ma uso impiegarli di seguito se l'uno manca del desiderato effetto.

N. 3.

Nitrato potassico	Gram.	2
Tintura digitale	Gocce	40
Siroppo di limone.	»	8
Acqua pura	»	50

Mesci — da prendersi 2 cucchiali grandi ogni 4 ore.

N. 4.

(*) Allume	Gram.	1
sciogli in		
Acqua pura	»	150
aggiungi		
Tintura composta di cannella		
Siroppo papavero bianco	Anagr.	8

Mesci — da prendere 2 grandi cucchiali ogni 3 o 4 ore.

N. 5.

Acido gallico	Gocce	48
Siroppo semplice	Gram.	8
Acqua di cannella.	»	70
Acqua pura	»	90

Mesci — due gran cucchiali ogni 4 ore.

N. 6.

Acetato di piombo	Gram.	1
Aceto distillato	»	60
Tintura di oppio	Gocce	20
Siroppo papavero bianco.	Gram.	8
Acqua pura	»	120

Mesci — da prendersi 2 gran cucchiali ogni 4 ore.

N. 7.

Foglia di pepe angustifolio (matico).	Gram.	13
Acqua bollente.	»	170
Infondi e macera per 2 ore e cola.		
Liquor colato.	»	160
Tintura cardamomo composta.	»	8

Mesci — da prendersi un bicchierino da vino ogni 4 ore.

La segale cornuta viene impiegata da molti pratici in casi di menorragia, non solo per la sua azione sull'utero come anco per la sua supposta proprietà emostatica. Ho sempre creduto che nell'arrestare l'emorragia non avesse proprietà indipendente da quella che esercita come eccitante delle contrazioni muscolari dell'utero. Ora esito a pronunciare talo opinione colla stessa confidenza di prima, dacchè osservai in parecchie occasioni che l'emorragia fu fermata dal suo uso senza produrre alcuna apprezzabile contrazione dell'utero. Se si fosse siero di aver sempre la medicina fresca, credo che l'infuso di 4 grammi di segale cornuta in 160 grammi di acqua bollente sia la più efficace preparazione, mentre il gran numero di essenze e tinture che sono in uso generale mi sembrano pressochè tutte inefficaci. Non ho esperienza del principio essenziale della segale, l'*ergotina*, ma credo non abbia giustificata l'aspettazione dei medici francesi che primi la usarono nella pratica. Di recente fu chiamata la mia attenzione ad un nuovo preparato di segale cornuta ottenuto dal signor Squire (Oxford Street), che usai in dose da 20 minimi (gocce) ad un grammo, ogni 4 a 6 ore con buon risultato. Nella menorragia dell'età eritica, a cui allusi poc'anzi, un tale preparato sembrò specialmente utile principalmente combinato colla tintura di sesquicloruro di ferro (*); composto molto utile in casi di mestruazione eccessiva in donne deboli. In questi ultimi tempi un'opportuna aggiunta ai nostri mezzi per frenare l'emorragia dell'utero fu fatta coll'uso della digitale in larga dose. La scoperta del marcato suo potere emostatico, indipendentemente dalla sua influenza indiretta esercitata sulla circolazione, fu fatta quasi per caso. Il dottor Roberto Lee dell'Ospitale San Giorgio e il dottor Dickinson allora suo assistente ostetrico, continuarono con molta diligenza le osservazioni fatte prima nei reparti di quell'Ospitale, e conclusero che la digitale arresta la menorragia in virtù della sua azione diretta sul tessuto muscolare dell'utero. A sostegno di questa opinione il dottor Dickinson (**) fa osservare che, mentre la cessazione dell'emorragia non era per nulla costantemente associata a cambiamento di frequenza o di forza nella circolazione, quasi invariabilmente dopo l'amministrazione di una buona dose di infuso sorgerà all'utero un vivo dolore che era susseguito prontamente dall'espulsione di uno spruzzo di sangue coagulato; effetti che assai comunemente si ripetevano dopo ogni dose. Io amministrai la digitale in molti casi, ma non vidi mai quest'ultimo effetto sebbene interrogassi minutamente le mie pazienti circa le sensazioni

N. 8.

(*) Estratto liquido di segale cornuta.	Gram. 4
Glicerina pura	» 8
Tintura sesquicloruro di ferro	» 2
Siroppo di Zigembro.	» 8
Acqua pura	» 120

Mesi — da prendere un cucchiaino ogni 4 o 6 ore.

(** *Medical Chirurgical Transactions*, vol. XXXIX, pag. 1.

che susseguivano all'uso della medicina; ed anche dove la sua azione fu più sentita non trovai mai che il dolore accompagnasse la cessazione dell'emorragia. Epperò la sua azione non è proporzionata all'influenza che esercita sulla circolazione, giacchè quantunque si osservasse sempre una diminuzione nella frequenza del polso, pure quando l'azione particolare del rimedio sulla funzione del cuore fu più mareata, l'emorragia non fu perciò più presto frenata; mentre talora sebbene fosse necessario sospendere tutt'affatto l'uso del farmaco, l'emorragia continuò ugualmente.

I casi in cui la digitale nelle mie mani si mostrò più utile furono quelli di semplice menorragia, spesso di vecchia data, ma o non associata a cangiamenti apprezzabili d'utero, od al più associata a qualche grado d'ipertrofia. In molte occasioni pure era apparentemente dovuta a imperfetta involuzione dell'utero dopo il parto o l'aborto; accidenti che nel maggior numero dei casi furono il punto di partenza del male. In tali casi è mia pratica di dare grammi 8 dell'infuso di digitale ogni 4 ore, la paziente restando a letto, e dopo averla avvertita di subito desistere dalla medicina appena producesse languore o vertigine. In molti casi, quando giovò, ne diede prova entro le prime 24 ore del suo uso; mentre, se non si aveva effetto entro 48 ore, sempre cessai dal suo ulteriore uso, e in nessun caso continuai ad amministrarla più a lungo di 3 o 4 giorni.

L'esistenza di un certo grado di esaurimento, o la necessità di dare vino o spiritosi non controindicano l'uso della digitale, sebbene in casi di grande debolezza generalmente per le prime dosi comincio con soli 4 grammi dell'infusione, invece di 8. La medicina mi parve di poco o nessun vantaggio nei casi in cui l'emorragia dipendeva da tumore dell'utero o da qualche altra malattia organica; ma in altre circostanze non conosco mezzi atti a preventivamente determinare con qualche certezza se riuscirà o no. Ad onta di tutti questi inconvenienti però la digitale è una medicina di molto valore in casi di menorragia; in niun caso ne vidi risultare serio danno, ed in molti certamente produsse grande vantaggio.

Nel gran numero dei casi l'osservanza delle precauzioni e l'impiego dei rimedii interni che ho raccomandati bastano a frenare entro giusti limiti la perdita di sangue; dopo rimane solo di garantirsi nell'intervallo con un giudizioso trattamento contro il ritorno dell'emorragia al prossimo periodo mestruo. Ma di quando in quando troviamo casi in cui queste misure riescono quasi inutili, o in cui la perdita di sangue in precesse occasioni fu già tanto abbondante, e fu così spesso ripetuta, da far sì che pochi grammi di sangue riescano quasi di incalcolabile importanza a mantenere la salute della paziente e possibilmente anche a preservarne la vita. Sebbene accada di rado, bisogna però ricordarsi che le donne talora muojono per perdita di sangue al periodo mestruale, e ciò affatto indipendentemente da malattia uterina. Due esempj di talo forma sono a mia cognizione; ne ho già riferito un caso; il secondo fu più importante, giacchè non

solo la persona godeva dapprima buona salute, ma un esame dopo morte mostrò che l'intero ed ogni altro viscere erano esenti da segni di malattia. Era una giovine donna, la quale essendo stata sentenziata di deportazione per delitto commesso in Scozia, fu mandata per mare in stagione burrascosa da Edimburgo a Londra. La mestruazione comparve durante il viaggio, ma la sua debolezza fu attribuita naturalmente in gran parte al mal di mare. Essa migliorò sbarcando, e sebbene la mestruazione continuasse copiosa, pure essa non ne fece molto agli inservienti della prigione. Alfine un giorno essendo caduta in deliquio fu messa nell'infermeria dello stabilimento. Nei tre o quattro giorni che vi rimase non ebbe luogo profusa perdita di sangue, ma solo un legger seolo che continuò ad ontà sì dei rimedii astringenti che delle applicazioni fredde: essa morì esausta per tale perdita; si trovò nell'utero un piccolo coagulo, ma in nessun altro luogo traccia alcuna di malattia.

Ora la possibilità di tali accidenti è bastante ragione per vegliare attentamente ogni caso di profusa mestruazione e per essere pronti coi mezzi convenevoli a combatterne i sintomi a misura dell'urgenza. Il primo e più ovvio mezzo di frenare l'emorragia in ogni parte consiste nell'applicazione del freddo. Dopochè i mestrui dunque hanno continuato per due o tre giorni, se non mostrano di diminuire, si deve bagnare con acqua fredda ogni poche ore i lombi e la vulva, e la paziente deve inoltre prendere un clistere di circa 120 grammi di acqua fredda mattina e sera. Se malgrado questi mezzi, che però generalmente riescono, la perdita di sangue continuasse, si devono applicare panni bagnati alla vulva, e fare iniezioni astringenti nella vagina: pel qual uso non conosco di meglio che l'infuso di matico.

Se perfino questi mezzi mancassero d'effetto, allora non restano che due risorse, il tampone della vagina e l'iniezione della cavità stessa dell'utero. L'opportunità di ricorrere piuttosto all'uno che all'altro di questi mezzi deve essere determinata tanto da un diligente esame della condizione generale della paziente, quanto dalla quantità della perdita emorragica. In generale la necessità del loro uso non sorge già quando il sangue fluisce profusamente, ma a periodo più avanzato, quando, con gran depressione di forze vitali il sangue cola in quantità anche piccola, quale in altra occasione sarebbe di nessuna importanza.

Non fa bisogno che vi indichi in qual modo tamponare la vagina, fuorchè ricordarvi che lo speculo vi sarà utile per introdurre una buona quantità di stoppa o di bambagia, o di quella materia che vogliate usare, con molto maggiore prontezza e con molto minore irritazione delle pareti vaginali di quello che avverrebbe diversamente operando (29). Un miglior modo di tamponare la vagina, però, tanto

(29) Opportunissimo modo di praticare un tamponamento, superiore ad ogni altro, si è di introdurre lo specolo involto previamente in un sacco

fuori di gestazione, come durante l'emorragia che accompagna il travaglio, viene fornito dal semplice apparecchio prima introdotto in pratica da due medici tedeschi, Braun o Chiari (*), ma che ora può aversi da qualunque fabbricatore di strumenti. Consiste in un pallone di gomma elastica, cui è attaccato un tubo metallico munito di robinetto ed un anello al quale possono assicurarsi fasce per mantenerlo in posizione dopo che fu introdotto in vagina. Esso viene applicato vuoto o dappoi si distende più o meno con acqua fredda, in modo da costituire un eccellente tampone, mentre per ritirarlo non si esige che girare il robinetto e lasciar sortire l'acqua. Io vi feci due modificazioni che credo, ne accrescano l'utilità e che consistono nell'adattare il tubo del pallone a quello di una siringa ordinaria di Reid, onde riempirlo più convenientemente, e col sostituire la gomma elastica vulcanizzata molle e cedevole alla boccia dura di gomma naturale degli originali autori.

L'iniezione della cavità uterina, sebbene mezzo potente per frenare l'emorragia, è però mezzo assai pericoloso, cause molte volte di gravi sintomi infiammatorii. Perciò il suo uso dovrebbe limitarsi, io penso, a casi (e questi assai rari) in cui sebbene l'emorragia possa pel momento frenarsi col tampone, essa subito ritorna al ritirarlo, mentre i rimedii interni non esercitano influenza sul suo fluire.

Talo fu il caso di una donna di 51 anni, che fu ammessa all'Ospitale Middlesex in mia cura nel 21. settembre 1848.

La di lei salute era stata buona fino ad un anno prima, quando la sua mostruazione divenne irregolare e troppo frequente, e nell'aprile precedente ebbe un attacco di emorragia, della quale fu curata con vantaggio nell'Ospitale del collegio dell'Università, sebbene

(*) *Klinik der Geburtshilfe*, 800. Erlangen, 1852, 1^a Lieferung, pag. 125.

di tela, imbrattarne la superficie esterna di albume d'uovo battuto a schiuma, e dal lume dello strumento introdurre entro al sacco di tela che aderisce alla superficie vaginale, globi di cotone o di stoppa, pezzi di tela o quanto si può avere fra mani, finchè l'intero canale sia otturato. I vantaggi sono diversi, avendosi da essa un'estesa compressione sulla porzione cervicale uterina, sul fondo e sul canale vaginale, potendosi riempire questa in totalità e per quanto essa è dilatabile: ciò che non può fare di certo il tampone conico (di stoppa e tela previamente preparato e d'uso comune), di cui l'apice trovasi applicato alla parte più ampia e dilatabile della vagina, mentre la base, per poco che sia grossa, passa difficilmente e riesce dolorosa all'ostio vaginale, meno distensibile di quello che lo sia il resto del canale: tampone che agisce quindi inversamente da quanto si vorrebbe e si abbisogna. Il tampone a sacco soddisfa pienamente a queste condizioni e per di più, quando lo si ritira, si ha la sicurezza di aver tolti tutti i globi di filaccia e di tela stati introdotti nel sacco, il quale va levato per ultimo.

DE-CRISTOFORIS.

il flusso di sangue ritornasse subito dopo sortita da quell'Istituto, e ritornasse frequentemente dopo. Al suo ingresso la di lei apparenza era anemica all'estremo, il polso piccolo e la voce quasi spenta. Lagnavasi di dolore costante alle regioni lombare ed iliaca destra, che aumentava dopo ogni attacco di emorragia, ma un esame vaginale trovò nulla di anormale quanto all'utero, tranne che era alquanto più grosso e pesante del naturale. L'intera classe di rimedii ed iniezioni astringenti fu usata con vario esito fino al 16 novembre, il sangue cessando talora per un giorno e due, e poi tornando di nuovo. Quel giorno però la perdita fu tanto profusa che si credette necessario introdurre il tampone. Questo arrestò il sangue; ma alle 11 antimeridiane del 17 novembre, essendosi tolto il tampone lasciato 6 ore, l'emorragia comparve di nuove e depresse grandemente la paziente. Lo si introdusse di nuovo, e lo si lasciò per 12 ore, poscia lo si ritirò e non ricorse emorragia alcuna, parendo che l'infuso di matio, dato allora a prendere alla paziente, frenasse effettivamente le scole sanguigno. Il miglioramento continuò il resto del novembre e pochi giorni di dicembre, ma la paziente di nuovo provò frequenti ritorni di emorragia sia in forma di leggier scolo di sangue fluido pallido, sia di frequenti e subitanei sgorghi di copiosa emorragia. Prima dello scolo copioso lagnavasi di dolore nell'una e nell'altra regione iliaca, più di frequente la destra. Pareva che i rimedii avessero completamente perduto ogni influenza, e il 18 dicembre, sebbene l'emorragia non fosse in quel momento molto profusa, pure la paziente era ridotta in uno stato di esaurimento estremo, il polso appena percettibile, la voce pari ad un puro bisbiglio e lo stomaco intollerante di ogni cosa. La bocca dell'utero era aperta bastantemente da immettere il dito fino alla 2.^a falange, ma il suo tessuto sembrava affatto normale e colle specole l'apparenza della bocca uterina era perfettamente naturale. Circa 6 grammi di una mistura di uno scrupolo di acido gallico in 30 grammi d'acqua vennero allora iniettati nella cavità uterina e l'iniezione non produsse molto dolore: si diede all'istesso tempo dell'acquavite pura per rianimare le forze della paziente, e subito che lo stomaco potè sopportarlo si amministrò l'infuso di segale cernuta ogni poche ore. Non occorre dettagliare il giornaliero trattamento che si adottò da quest'epoca, giacchè la convalescenza, come poteva aspettarsi, fu lenta. Per altro, dall'epoca dell'iniezione intrauterina, l'emorragia cessò completamente, e fu sostituita da uno scolo puriforme appena tinto di sangue, nè emorragia alcuna comparve fino al 26 gennaio, epoca in cui non fu nè eccessiva in quantità, nè di lunga durata. Ad intervalli un po' meno di un mese si ripetè l'emorragia, sebbene fosse sempre prontamente moderata dal trattamento, e il 10 aprile essa venne dimessa dall'ospedale in buon essere quantunque ancor debole, la sua vita essendosi salvata con tutta probabilità, lorchè versava in imminente pericolo, per opera dell'iniezione entro la cavità uterina.

Non ho esperienza sull'uso della trementina per iniezione nella

cavità dell'utero in casi di infrenabile emorragia. Esiteroi usare tale mezzo che fu pure susseguito (*), quando lo si usò, da violenta infiammazione dell'utero. L'infuso di matico, una soluzione d'acido gallico o la miscela di 1 parte di tintura di cloruro di ferro e 9 parti di acqua, mi sembrano rimedii più sicuri.

I sintomi allarmanti che non di rado tennero dietro all'uso di iniezioni intrauterine sono forse in molti casi dovute all'irritazione della membrana mucosa, e non dipendono sempre dal passaggio del fluido del cavo peritoneale. Non v'ha dubbio infatti che tale accidente ebbe luogo qualche volta, ma le osservazioni e gli esperimenti recenti sembrano provare che mancano le probabilità di tale accidente. Le precauzioni suggerite da Gnyon (**), che ha di recente investigato l'argomento, non devono però mai essere omesse. Queste consistono nell'introdurre il tubo della siringa che si adopera appena poche linee entro il canale cervicale in quei casi in cui si desidera limitare l'azione dell'iniezione al collo dell'utero. Qualora si intenda gettar il liquido nelle cavità dell'utero, il tubo della siringa deve essere assai sottile, piccolo, da lasciare pronto e immediato scolo al fluido; la quantità da iniettarsi sia piccola assai, non superiore a 40 minimi (goccio) nel caso di persona che non fu mai gestante, e poco più di due grammi nell'utero d'una donna che ha figliato (30).

(*) Vedi un caso riportato in Ashwel, *Treatise on the diseases of Woman*. 8.^o, 1843, pag. 155.

(**) *Étude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité* (*Journal de Physiologie*, vol. 2.^o, 1859, pag. 413).

(30) È controversa assai l'interpretazione del dolore consecutivo all'iniezione intrauterina, come lo è il valore dell'atto operativo stesso. Il timore del passaggio di liquido nel cavo peritoneale per la via delle tube falloppiane: il dolore che videro conseguire all'iniezione, talvolta in proporzioni imponenti: l'interpretazione ad esso data di una peritonite o di una metrite, hanno spinto alcuni a proscrivere anche nelle indicazioni più salienti questo mezzo curativo, che per altri invece viene usato con confidenza grandissima, talvolta anche esagerata.

Confidano questi ultimi nella difficoltà, dimostrata dalle esperienze, con cui il liquido iniettato sorpassa lo sbocco uterino della tuba, nella estrema eccezionalità dei casi in cui questo accidente può avvenire, nella interpretazione che danno al patimento consecutivo, basandosi sulla breve durata sua ed escludendo i caratteri di processo flogistico acuto in tutto l'apparato fenomenologico, pure imponente, che conseguita talora l'operazione.

Ciò che v'ha di vero in mezzo a tanta dissensione, lo dice la pratica osservazione indipendente da qualsiasi idea preconcepita: pratica che si fa malaguratamente a proprie spese, costernandoci l'animo con immenso timore e con impressione morale intensissima quando il caso ci fa testimoni della colica uterina, del dolore neuralgico lombo addominale, del vomito, del colapso, dell'angoscia, del contorcimento di tutta la persona, della fisionomia ipocratica, che assume in un momento la paziente, vivamente impressionata

In fine desidero aggiungere una parola di consiglio in riguardo al raschiare la membrana mucosa dell'utero collo scalpello a doccia, come mezzo di arrestare la menorragia: processo il quale, mentre cade in disuso in Francia, trovò recentemente difensori in questo paese (*). Confesso che non l'usai, ma che le mie conclusioni derivano in parte dalle dichiarazioni de' suoi sostenitori, in parte dagli argomenti degli oppositori. Riporto perciò come conclusive per me le osservazioni in proposito di Aran (**), medico, la cui morte prematura fu non solo una perdita per gli amici e pel paese, ma fu sentita

(*) Dottor Routh, *Obstetrical transactions*, vol. 2.^a, pag. 117.

(**) *Opera citata*, vol. 1, pag. 472-481.

dall'iniezione intrauterina, e che ce la figura quasi morente per acutezza di patimenti e per sfinimento nervoso repentino.

Tale apparato improvviso e spaventevole è l'effetto del passaggio di liquido nel peritoneo e quindi di una subitanea peritonite? Se lo può a tutta prima far sospettare la gravità di quelli fra i sintomi suaccennati che direbbersi generali, non così i sintomi locali per la loro durata, che ordinariamente in 6, 8 ore, e nei casi più vivi in 24 ore, la paziente non ricorda più il patimento sofferto e vi accusa una lieve addolentatura del ventre, che va riferita alle pareti addominali stanche della contrazione spastica in cui durarono quasi tutto quel tempo. È tanto meno accettabile il supposto di una sviluppatasi metrite per le ragioni suddette. Rimane a giudicare se la spastica e protratta reazione del viscere quale reazione consecutiva alla distensione subita da esso durante l'iniezione, o quale espressione di semplice irritamento della fibra eccitata a contrazione dal contatto di un corpo straniero qualunque, o se la contrazione spastica del muscolo uterino tendente ad espellere l'accidentale arresto di liquido dalle cavità, debbano essere nei singoli casi la ragione di tanto turbamento. Io ho motivo pratico di credere che sì l'uno che l'altro fatto possa verificarsi e distintamente e di concerto. Ho voluto in una mia paziente la forma più acuta di sintomi generali e locali quando poteva scommettere che non una goccia di liquido era rimasto in cavità, dacchè per evitare il guasto della biancheria (essendo soluzione di nitrato d'argento), l'ho raccolto in un piattellino appostato alla commissura posteriore ed ho potuto misurarlo coll'occhio dapprima, materialmente di poi: qui fu da incolparsi la sola distensione e lo spasmo dell'utero consecutivo. In questa stessa paziente una prima iniezione, antecedente di circa un mese a questa, fatta con soluzione meno attiva di uguale caustico e colle identiche precauzioni di maneggio e di epoca, non aveva prodotto che lievi contrazioni dell'utero, cessate in meno di mezz'ora. Questa volta o non è avvenuta distensione, fluendo il liquido dal viscere fra la cannula e le pareti viscerali nello stesso momento che vi veniva spinto, od il viscere, per ragioni ignote, forse generali, forse sue proprie, restò inerte all'azione meccanica artificiale. Ed ho luogo a credere che davvero fosse qui mancata la reazione avutasi nella seconda iniezione, perchè il tessuto uterino flaccido dapprima, aveva acquistata tonicità colla cura e facoltà maggiore di esercitare la propria funzione muscolare, mentre che gli stessi orificii, ampii all'epoca della prima operazione, s'e-

da tutti coloro che coltivano la medicina, e che si vedono mancare così presto uno dei più diligenti, dei più fini e dei più onesti compagni di lavoro e di studio.

erano trovati alla seconda ridotti a condizioni pressochè normali. — S'ha poi inogo a credere che anche il solo contatto di un corpo straniero possa indurre l'utero a contrazioni spastiche di tal natura, giacchè l'isterometria ci dà non poche storie imponenti per dolori locali e fenomeni generali, talechè in taluni la diffidenza per la sonda uterina è ancora tanta che si tengono lontani affatto dall'usarne. Io stesso ho avuto un caso, pure di facile introduzione dello strumento, con tutte quelle condizioni nella paziente volute dalle norme, in cui poco dopo ritirato lo strumento sopravvenne una colica uterina, che sebbene di breve durata fu però intensa, e lasciò una viva addolorabilità delle dipendenze sinistre (senza renzione generale), prolungata a nove giorni, da farmi ritenere che non stato irritativo, una specie di neuropatia si fosse estesa a quei tessuti.

Si durerebbe fatica a credere che per dove passò una siringa non possa rifluire la materia d'iniezione, se si volesse dimenticare che l'orificio interno uterino, specie di sfintere, eccitato dal passaggio della sonda, si rinserra tosto che questa viene ritirata, togliendo al liquido la possibilità di uscire dalla cavità superiore: d'onde nascono le contrazioni del corpo dell'utero, simili in tutto a quelle del travaglio, tendenti a far sì che il contenuto superi l'ostacolo. Che se i dolori sono più intensi, accompagnati da fenomeni generali, devesi il fatto alla istantaneità della causa, alla condizione patologica della mucosa e del tessuto viscerale, allo stato ordinariamente neuropatico che si associa in queste pazienti da tempo travagliate in modi diversi. Vedesi quindi la necessità di tenere aperta la via al refluire del liquido iniettato: il che io cercava raggiungere col ritirare la cannula dello schizzetto di Braun (Fig. 10) non interamente dopo l'iniezione, ma solo quanto occorreva per portare l'apice bucherellato di essa verso l'orificio interno, non oltrepassandolo, ed aspettando di vedere il liquido insinuarsi nei fori della siringa e fluire all'esterno lungo il suo canale. Ma, o che il muco raggrumato ocludesse i fori della cannula e si opponesse al raggiungere di questo scopo, o che la distensione primitivamente subita dal viscere nell'atto stesso della iniezione determinassero l'utero a reazione, la colica uterina ed il suo quadro fenomenologico fecero talvolta seguito all'operazione, mettendomi nell'imbarazzo di perdere un po' di confidenza in questo mezzo terapeutico per sè tanto vantaggioso contro la condizione patologica uterina, ma tanto riprovevole per gli accidenti che lo accompagnano. Urgeva quindi tenere aperti gli orifici tanto da lasciare uno spazio fra la cannula e le pareti del canal cervicale, in guisa che naturalmente fluisse il liquido mano mano che si iniettava, senza che si soffermasse in cavità, od ottenere questo fatto con opportuna meccanica.

Alla prima esigenza il dottor Savage ci insegna di provvedere col dilatare artificialmente a mezzo di spugne preparate il canal cervicale prima di compiere l'iniezione. Lo scopo è raggiunto invero con tale insegnamento: ma con esso invece di semplificare, si rende più importante l'atto operativo, giacchè si fa precedere e si associa all'operazione curativa un'altra operazione che non è di quella meno calcolabile: l'esperienza avendoci provato che oltre al tempo, ai maneggi ed alla ripetizione loro, richiesti per

« Sono sorpreso, dice egli (in parole che io solamente riepilogo), che i sostenitori di quest'operazione non abbiano fatto sufficienti prove sul cadavere. Avrebbero allora trovato che il cucchiaino non

ottenere colle spugne una discreta dilatazione del canal cervicale, si incontra ancora non di rado l'inconveniente di cui viene incolpata l'iniezione, e cioè la colica uterina, talora non insignificante.

Alla seconda esigenza, nell'adempimento della quale già si vede doversi avere la maggiore utilità, provvede il dottor Ricordi, medico-capo dell'ambulanza sifilitica nell'Ospedale Maggiore di Milano. Egli prese a modello la siringa a doppia corrente per le iniezioni in vescica, e la modificò (come vedesi dalla Fig. 11) col ridurla alla lunghezza di centimetri 18 ed al diametro di millimetri $4\frac{1}{2}$, col darle una curva simile a quella della sonda Vallei, e munirla del bottone scorrente sulla cannula, siccome vedesi nella sonda Huguier, allo scopo di previamente limitare la porzione di sonda che va introdotta in cavità. — Misurata e riconosciuta dapprima colla sonda uterina la lunghezza della cavità del corpo e quella del collo, l'atto operativo consiste di questi momenti: fissare il bottone scorrente sulla cannula d'iniezione a quel grado che corrisponderebbe ad un terzo della totale lunghezza delle cavità uterine, allo scopo che la siringa così disposta non penetri più in là di questo punto; fattane l'introduzione, una mano impugna il manico, l'altra si arma di un palloncino di gomma riempito del materiale d'iniezione e spinge lentamente il liquido per l'apertura esterna imbutiforme di destra o d'immissione della cannula. Il riflusso si fa per il lume sinistro e fra la cannula e l'utero in guisa che si stabilisce una doppia corrente d'immissione e di emissione contemporanea. Terminata l'iniezione si ritira per un tratto la cannula in modo che l'apertura di destra si trovi appena sopra l'orificio interno, si chiude con un dito della mano destra l'apertura esterna imbutiforme sinistra o d'emissione, e col pallone avvizzito introdotto per l'apertura d'immissione si aspirano il liquido ed i coaguli di muco che si potrebbero soffermare nella cavità uterina quando si ritirasse bruscamente la cannula. Il dottor Ricordi ebbe la compiacenza di farmi esperire questo strumento che mi ha reso ottimo servizio, mostrando così di adempiere pienamente alle esigenze per le quali era stato ideato e costruito.

Io ho solo voluto che la lunghezza della cannula fosse maggiore (cent. 23), appunto perchè non premetto l'applicazione dello specolo (come tirò fra poco); che il canale d'emissione portasse due aperture all'estremità uterina, una più sotto dell'altra dapprima perchè non si arrestasse nemmeno per poco il liquido che può raccogliere nella porzione di cavità situata al disotto dell'unica apertura di sortita esistente nell'originale strumento ed al disopra dell'orificio interno uterino, di poi perchè, evacuandosi tosto i piccoli coaguli, non si facessero grossi coll'aderire fra loro; infine all'estremità biforcata diedi un po' di curva onde agevolare (nella posizione supina della donna) l'uscita del liquido per le aperture imbutiformi. Il Ricordi poi all'introduzione della siringa premette sempre l'applicazione dello specolo, il che io non vorrei nè faccio, tanto col suo strumento quanto con quello di Braun, giacchè: 1.º dà minor dispiacenza alla malata, giova all'eleganza dell'operazione e dà colore di maggiore abilità il compiere l'atto operativo a pudendo coperto col minore apparato e coi minori strumenti; 2.º non è

agisce egualmente su tutti i punti della cavità uterina, che mentre facilmente arriva alla parete posteriore e laterale dell'organo, a stento agisce sulla parete anteriore e sugli orifizii delle trombe, precisa-

infrequente che l'applicazione dello specolo, le eventuali difficoltà a centralizzare il collo e l'eccitamento portato alla fibra uterina con tali maneggi, induca costrizione dell'orificio interno e renda stentatissima l'introduzione consecutiva della siringa: è ciò che accade talvolta nell'isterometria: entrati un momento fa liberamente in cavità perchè abbiamo sorpreso l'orificio interno in istato di rilasciamento, di là ad un momento noi stessi od altro esploratore non giungiamo a superare lo sfintere interno perchè la prima esplorazione indusse questo a contrazione spastica, obbligandoci a desistere da ulteriori tentativi; 3.º se uno spostamento, uno stato di flessione del viscere viene a richiedere abbassamento od innalzamento esagerato dello strumento, lo specolo può impedirlo, e siamo costretti allora di ritirare l'uno e l'altro per rinnovare l'introduzione della siringa.

Giacchè il West parla incompletamente della cauterizzazione della cavità uterina, io dirò qui dei materiali liquidi e solidi usati per compierla. Il nitrato d'argento nei catarri cronici è il migliore certamente, sia in soluzione iniettata che in cilindretto fuso od in polvere, portati in cavità con appositi strumenti. La soluzione può variare per gradi dalla dose di $\frac{1}{3}$ a quella di 1 e di 1 $\frac{1}{2}$ centigr. per ogni grammo di acqua distillata: la quantità totale di iniezione caustica non deve esser minore di 15 nè maggiore di 45 grammi: la sua temperatura di 36º. — Seguono le diluzioni di percloruro di ferro liquido (1 grammo su 150 come deiersive, 2 a 3 grammi su 100 come caustiche), la soluzione di persolfato di ferro (medesime proporzioni, od un po' maggiormente cariche di sale), infuse di glicerina pura. A proposito dei liquidi caustici vuolsi che i fenomeni consecutivi alla iniezione intrauterina siano direttamente causati dalla virtù irritante del farmaco portato a contatto della mucosa uterina. Quanto sia falsa e solo teorica questa asserzione, lo dice lo spaventoso apparato fenomenologico che si ha egualmente in seguito ad iniezione di liquidi anodini. — Quando lo si creda utile, un'iniezione d'acqua pura tiepida può talora precedere la caustica allo scopo di denudare meglio la superficie prima di esser medicata; e può anche talora seguirla, all'intento di esportar meglio il muco od il sangue coagulati dalla iniezione astringente o caustica.

Un'altra specie di cauterizzazione è la solida, fatta con cilindretti caustici, specialmente di nitrato d'argento; cauterizzazione validissima, che si estende profondamente, e che riesce utilissima nelle vegetazioni della mucosa uterina, quando porzioni del medicamento vengano opportunamente portate in cavità e lasciate in sito.

Il porta-caustico di Lallemand per la polvere di nitrato d'argento, una pinzetta lunga e sottile per il cilindro caustico reso elastico coll'aggiunta di gomma elastica o per i cilindri di solfato di rame, di solfato di zinco, o di allume, sono gli strumenti per questa specie di cauterizzazione. Assai bene corrispondono questi ultimi del diametro di millim. 4 circa che il dottor Sperino di Torino ha per primo introdotto in uso e che si costruiscono prendendo parti eguali di sale stitico qualunque e di densa mucilagine gommosa in guisa di fare una pasta che colla spatola o collo stampo viene ridotta a forma di cilindro lungo 3 a 4 centim.: questi vengono introdotti

mente in quei punti dove si incontrano più spesso le vegetazioni. Avrebbero inoltre trovato che questi piccoli corpi varianti in volume da un grano di miglio a quello di un pisello ponno aversi raschiando

in cavità e lasciati in posto fino a totale dileguamento. Al dott. Ambrosoli, medico primario specialista sifiliatico nell'Ospedale Maggiore di Milano, che fra noi li fece conoscere, resero ottimi servigi, ed io me ne servo sempre con sommo vantaggio. In tal modo funzionano da vero caustico, mentre lasciati in sito per qualche minuto (in ispecie nella cavità cervicale) sono utilissimi nei catarri lievi e verso la guarigione dei catarri gravi che furono previamente trattati coi forti caustici.

Io mi feci costruire dall'intelligente artefice Baldinelli (via Pattari, Milano) un istrumento che mi corrisponde meglio di quello del Lallemand e che mi serve a portare un cilindretto del diametro di millim. 2 circa di nitrato fuso o di qualunque altro agente caustico in cavità uterina colla sicurezza di avervelo lasciato intero e di ottenerne la totale cauterizzazione. Assomiglia alla sonda di Valleix per forma, ma è del diametro di millim. $3\frac{1}{2}$; manca di manico e finisce ad un estremo con un padiglione, all'altro a guisa di uliva: nel centro l'asta è cava, avendo un lume del diametro di millim. $2\frac{1}{2}$; al disotto porta una intaccatura lontano dall'estremità uterina centim. $5\frac{1}{2}$, segnando così un po' più della lunghezza della cavità cervicale: vi scorre dentro uno stiletto, che al padiglione può esser fissato con apposito meccanismo di vite serrante. Si ritira lo stiletto di uno, due, quattro centimetri, secondo si intende portare una porzione più o meno lunga di cilindretto in cavità: s'introduce dalla estremità uterina una porzione corrispondente di cilindretto che resta così nascosto nel lume della cannula: l'istrumento così predisposto viene introdotto tanto da assicurarsi, dietro la scorta dell'intaccatura notata, che la punta è oltre l'orificio interno: si spinge allora lo stiletto, la cui punta non può oltrepassare che di una mezza linea l'apertura uterina della cannula, e si è sicuri che il caustico è caduto entro alla cavità (Fig. 12).

Per la cauterizzazione solida in genere faccio solo notare come qualche contrazione dolorosa del viscere si determini all'uscire delle parti mortificate, atteso che formano un turacciolo solido, che supera con un po' di difficoltà l'orificio interno. È superfluo il ricordare che una controindicazione assoluta alle cauterizzazioni anche della sola cavità cervicale si è il menomo dubbio di gravidanza, giacchè l'esperienza ha insegnato che facilmente ne consegue aborto. In ostetricia infatti, tal mezzo è proposto e fu efficacemente usato quale mezzo abortivo.

Dirò per ultimo che la storia della esfoliazione della mucosa uterina nella mestruazione e la cognizione dell'epoca in cui essa cade nella gravidanza e si riforma dopo l'espulsione del prodotto, sia a terminare che prematuramente, devono servirci di norma a stabilire l'indicazione e la controindicazione, massime circa il momento, per le applicazioni caustiche in cavità uterina. Egli è certo per non aver tenuto calcolo della condizione della mucosa uterina negli stati fisiologici suddetti, che quelle operazioni riuscirono talvolta dolorosissime e furono causa di processo flogistico uterino semplice o diffuso, più facile ad aversi ancora per la diretta irritazione del tessuto fibroso, dei vasi ancora aperti dopo lo svuotamento dell'utero, e delle fibre nervee, essendo che manca la mucosa.

DE-CRISTOFORIS,

la cavità di un utero qualunque, giacchè sono, nè più nè meno, che piccoli pezzi di epitelio stracciati dalla membrana mucosa per l'azione dello strumento. Non è già che io neghi recisamente che in pochi casi genuine vegetazioni possono essere state staccate pel suo mezzo, ma ritengo che ciò non è altro che un caso fortunato, e che non può elevarsi al rango di operazione regolare un processo il quale è soltanto una specie di tiro al bersaglio ad occhi bendati. »

Aran, per spiegare i successi che talvolta susseguirono tal modo di cura, soggiunge esser probabile che desso agisca alla stessa guisa della cauterizzazione dell'interno dell'utero, eccitando cioè l'utero a vigorose contrazioni, mentre è inoltre possibile che qualche modificazione sia pure indotta dall'infiammazione consecutiva della membrana mucosa. Conclude che sono a sua cognizione tre casi di morte in cui l'operazione fu eseguita da uno dei più valenti difensori; crede che casi simili furono riscontrati da altri pratici; ed ha un doloroso ricordo dei casi numerosi di perforazione dell'utero, alcune seguite da morte, che Recamier comunicò alcuni anni sono all'Accademia di medicina, e che produssero un'impressione generale di sorpresa e rimorso.

È quasi superfluo l'aggiungere due altre osservazioni, in cui la mia propria esperienza coincide con quella di Aran; che cioè, primariamente in alcuni dei casi pubblicati, non siasi tentato un opportuno trattamento prima di ricorrere al raschiamento dell'utero: secondariamente, che queste emorragie possano arrestarsi con ben altri mezzi meno pericolosi (31).

(31) Il cucchiaino Recamier non deve essere considerato, secondo me, che quale mezzo atto a rompere le esuberanze fungoidi della mucosa, a preparare la superficie sua in modo che senta più efficacemente l'azione del caustico, il quale deve seguire l'atto del raschiamento.

Col cucchiaino si fa nulla più di quello che fa l'oculista col coltello o colla forcipe quando esporta le granulazioni della congiuntiva palpebrale, per preparare meglio il terreno all'uso dei caustici rendendo meno spesso, più sensibile il tessuto.

Il dottor Sims ha ideato assai bene la mortificazione di queste granulazioni fungoidi per *usura*, a mezzo della *spugna preparata*. Egli dà per norma di non introdurre mai un pezzo di spugna di volume maggiore del canale che la riceve: di far precedere l'applicazione del suo specolo; di fissare col tenaculum l'utero; di introdurre la spugna fin dove si può con leggiero sforzo: di mantenerla in sito non più di 24 ore; di frapporre due o tre giorni dalla prima ad un'ulteriore applicazione, quando occorra un pezzo di spugna più grosso per ottenere una più ampia dilatazione; di far precedere un esame collo specolo in posizione sul fianco prima di ritirare la spugna; dipoi porre, la donna in decubito dorsale, e senza specolo mettersi a ritirare la spugna, usando movimenti rotatorii e laterali, sostenendo con un dito la cervice uterina, giacchè spesso fra la spugna e la mucosa è nata un'aderenza forte che può nuocere, se tolta bruscamente.

Egli narra, fra molti casi, di aver distrutto un grosso polipo fibroso inserito al fondo dell'utero tenendo applicato la spugna per otto giorni, e cita la sua pratica sempre fortunata per esito ed accidenti in tutti i casi di produzione fungoide delle cavità uterine, in qualunque punto risiedessero.

Ci insegna che il modo d'avere una spugna efficace e sicura è di prepararla colla mucillagine densa di gomma arabica; la si taglia previamente in coni della misura che si vuole, la si imbeve di detta soluzione, vi si fa passare uno stiletto di metallo per l'asse, e con un filo si serra il cono gradatamente girandovi intorno e stringendo, ed incominciando dal suo apice: indi lo si espone al sole o si mette in stufa per la disseccazione: si levano di poi i giri del filo e la spugna mantiene la forma e le dimensioni imposte da essi. Le proprietà di questa spugna e la sua virtù in tali casi ebbero campo di verificare una sol volta per esuberanze antiche vascolarissime della cavità cervicale, ch'erano causa di frequente stillicidio di sangue. Due soli pezzi di spugna bastarono a togliere quello stato morboso; pochi tocchi di solfato di zinco completarono di poi la guarigione.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE V

MESTRUAZIONE E SUOI DISORDINI.

Dismenorrea — tre varietà di essa — neuralgica, coogestiva e meccanica. — Sintomi della forma ocoalgica; della forma coogestiva, talora accompagnata dall'espulsione di una membrana. — Rapporto della dismenorrea coogestiva colla diatesi reumatica o gottoza. — Dismenorrea meccanica per contrazione della cervice dell'utero; caso raro.

Treatmento della forma neuralgica; sedativi varii e loro risoltati comparativi — cura della forma coogestiva; deplezione e modo d'applicare le mignatte — cura della varietà reomalica — della forma meccanica; cautele in riguardo alla loro cura.

Temo pensiate che io dica una verità banale, quando vi ricordo che quasi ogni funzione del corpo, se mal eseguita, ha luogo con un grado di dolore non abituale. Lo stomaco debole si addolora per la presenza di cibo che non può digerire; l'occhio imperfetto soffre per lo sforzo di leggere il carattere anche meglio leggibile; e il mal di capo travaglia il convalescente al primo riprendere le sue ordinarie occupazioni mentali.

Allo stesso modo la funzione mestrua quando devia dalla stretta normalità, per eccesso o per difetto, è quasi sempre accompagnata da sofferenze molto maggiori di quel che sia il malessere ordinariamente associato quando la donna è sana. Tanto l'amenorrea che la menorragia si associano quasi sempre a sofferenze, e nei varii disordini degli organi sessuali raramente manca, qual sintomo, un certo grado di dolore ad ogni periodo mestruo. Ma oltre questi casi, nei quali il dolore non è che uno tra i molti mali per cui la paziente domanda il nostro soccorso (e fors'anche a suo giudizio il più grave), vi sono casi in cui il dolore della mestruazione è così intenso, e così importuno per durata, da costituire un'affezione vera, e meritare un posto nella nosologia come *dismenorrea*.

Si usa distinguere tre varietà di dismenorrea o mestruazione dolorosa; e la distinzione in dismenorrea *neuralgica*, *congestiva* e *meccanica*, vocaboli che si spiegano per sè, mi sembra basata su buoni principii e meritevole di essere generalmente adottata.

Vi sono circostanze in cui il dolore solo, non associato ad altro sintomo, è l'unico titolo importante per cui la mestruazione differisce dallo stato di salute. Questa dismenorrea *neuralgica* occorre di frequente, e nella sua forma più semplice, in donne giovani il cui sistema sessuale non si sviluppa che ad epoca tarda, e che hanno cominciato a mestruare soltanto un anno o due: dopo la media. In tali casi il dolore precede la mestruazione un giorno o due, generalmente giunge alla maggior intensità nel corso delle prime 36 ore del flusso catameniale, essendo talvolta così forte che la paziente si contorce sul pavimento nell'angoscia del dolore, e poi a gradi diminuisce, sebbene non cessi affatto se non dopo finito il periodo. Quantunque più forte alla regione pelvica ed uterina, il dolore, in generale, non si limita a tali località, ma si sente anche ai lombi ed al dorso, si estende all'uno e all'altro inguine o piuttosto a ciascuna regione ovarica, e scorre all'ingiù al lato interno delle cosce. Inoltre il dolore si aggrava ad intervalli e presenta parossismi, come quelli della colica o del travaglio, mentre che le pareti addominali sono così sensibili da sopportare appena il menomo contatto. Oltre questi dolori irradianti più o meno ovviamente dagli organi sessuali, v'è spesso molto sofferimento in altre parti. È frequente il forte mal di capo, talora di un sol lato, od offrente i caratteri noti del chiodo isterico; in altri casi v'è disturbo di stomaco, e la paziente è travagliata da continua nausea e vomito frequente. In molti casi si manifestano vari altri sintomi isterici, spesso infatti con particolare intensità; ed io conobbi una paziente nella quale un attacco di mania isterica precorse in più che un'occasione il periodo mestruale. Però questa dismenorrea neuralgica non è sempre associata a temperamento isterico, e le pazienti che più soffrono durante la mestruazione, talora non manifestano sintomi d'isteria, ma, al contrario, si fanno rimarcare per placida quiete e ben regolato stato di mente.

In alcuni casi sembra quasi che lo sconcerto dei nervi si estenda a tutto il sistema, mentre in altri si limita a quei nervi che vanno agli organi sessuali: ed allora è generalmente di durata più breve in ciascuna occasione, sebbene, nelle sofferenze che l'accompagnano, non sia per questo di necessità più lieve di quando le simpatie che sveglia sono più estese. Anche quando il dolore è affatto scomparso, dopo il cessare del periodo mestruo, qualsiasi eccitamento del sistema sessuale basta in molti casi a riprodurre i patimenti. Nelle donne maritate, affette da questa forma di dismenorrea, l'atto sessuale è pressoché sempre molto doloroso, mentre la gravidanza è accompagnata ad un grado di malessere più che ordinario, e il dolore del parto arriva ad uno stato di angoscia intollerabile (32).

(32) I dolori ai quali accenna l'autore sono di natura neuralgica ed accompagnano tanto la dismenorrea, quanto le affezioni uterine in genere. Non sarà quindi inutile ch'io mi fermi un po' su questo argomento a dilucidazione

Io riportai questa dismenorrea neuralgica, quale accade nella sua forma più semplice, in giovani donne in cui v'era tardivo, anzi forse incompleto sviluppo del sistema sessuale. Non è però limitata a tali soggetti, ma talora sopraggiunge dopo anni di mestruazione normale e comparativamente non dolorosa. Verificai che la mestruazione diveniva penosa durante la convalescenza di qualche grave malattia non legata alle funzioni sessuali, e continuava lunga pezza dopo che la paziente aveva per altri rapporti ricuperata la sua salute abituale. In altre circostanze le continue soppressioni dei mestruî per freddo o per altra causa accidentale, è sussoguita da ostinata dismenorrea; e ciò senza che nn'ovvia malattia uterina abbia conseguito all'accidente. Altre volte l'infiammazione dell'utero, dopo un parto od un aborto, è seguita da mestruazione dolorosa, la quale persiste lungo tempo dopo che è completamente scomparsa ogni traccia d'infiammazione o de'suoi esiti.

Ma vi è un'altra forma di dismenorrea, detta *congestiva* dalle circostanze speciali che l'accompagnano. Diversamente della varietà puramente neuralgica, è meno frequente al cominciamento del vigore sessuale, che come condizione acquisita ad un più tardo periodo di vita. Nell'intervallo dei periodi mestruî generalmente esiste un senso

dei sintomi dolorosi che secondariamente sono accusati dalle pazienti di forme utero-ovariche, e che cadono sotto il titolo generico di *neuralgie lombo-addominali*.

Queste neuralgie hanno sede nei *nervi lombari*, in numero di 5 paia, di cui esse invadono ora le branche posteriori, ora le anteriori.

Le branche posteriori penetrano nell'interstizio dei muscoli lombo-sacrale e lombo-dorsale, si spandono in questi muscoli, e si fanno poi superficiali, dando i maggiori rami alla cute delle natiche.

Le branche anteriori, più importanti, formano il plesso lombare, dal quale partono:

1.º il ramo piccolo ed il grande ramo abdomino-genitale (Sappey), che vanno al muscolo retto del ventre, ed alla cute del gran labbro e del pube;

2.º il ramo femoro-cutaneo, che va ai tegumenti delle natiche e della coscia;

3.º il ramo femoro-genitale, che va alla cute della coscia ed al canale inguinale, sortendo col cordone per finire nel gran labbro.

4.º il nervo crurale;

5.º il nervo otturatore;

6.º il lombo-sacrale, che termina nel plesso-sacrale, il quale poi a sua volta va a costituire il nervo sciatico.

I rami collaterali del plesso sacrale si gettano taluni nel plesso ipogastrico, distribuendosi agli organi contenuti nel bacino, gli altri tre vanno all'ano, all'otturatore esterno, allo sfintere esterno dell'ano, ai tegumenti del perineo e del gran labbro.

Con ciò sono spiegati i dolori frequenti, che provano queste malate all'ano, alla vescica, alla vulva, e che accompagnano la neuralgia lombo-addominale nelle malattie dell'utero.

di peso nella pelvi e una tendenza alle affezioni emorroidarie; e questi sintomi aumentano considerevolmente pochi giorni prima che la perdita cominci. Nelle prime 24 o 36 ore d'ogni mestruazione la perdita è in generale scarsa e il dolore assai sentito. Alla fine di questo tempo però, talora anche prima, l'emorragia diventa spesso abbondante: ed a misura che il sangue fluisce, il dolore diminuisce e poi cessa affatto. L'utero congesto duole finchè natura non lo solleva dall'eccesso di sangue, come il capo, quando il cervello è congesto, duole finchè o le coppette o le mignatte hanno sottratto sangue ai vasi cerebrali sopraccarichi. In questi casi, talora il flusso mestruo non diventa mai abbondante, e il sollievo perciò che presta la natura è assai parziale. Quando così succede, l'utero continua a dolere e pulsare durante tutto il periodo mestruo, e rimane poi più sensibile e dolente. Quando non è così però, la fine del periodo mestruo lascia generalmente la paziente in uno stato di benessere relativo. Per sette o dieci giorni successivi continua a godere una relativa immunità dal soffrire; ma i sintomi ritornano gradatamente, e raggiungono il loro massimo d'intensità al cominciare della prossima mestruazione.

In alcuni casi di questa forma di dismenorrea, non solo la quantità di sangue perduta nel periodo mestruo è insufficiente a sollevare l'utero congesto, ma è anche scarsa in modo assoluto e re-

I rapporti poi di tutte queste branche alla loro origine col gran simpatico spiegano la simultaneità di queste neuralgie. E come l'utero è provvisto di un sistema nervoso emanante dai nervi della vita organica e da quelli della vita di relazione (Robert-Lee), così ci è facile spiegare la neuralgia lombo-addominale e le neuralgie che accompagnano le malattie uterine.

I dolori che caratterizzano la neuralgia lombo-addominale si trovano più di spesso a sinistra che a destra: sono continui, sordi, simulanti un senso di pienezza, o sono intermittenti, acuti, percorrenti una data estensione e partenti da varii punti.

V'hanno anche crisi dolorose, accessi irregolari più o meno intensi: talora unilaterali, talora bilaterali. Il dolore alla coscia lo obbliga alla flessione e all'immobilità assoluta: la regione ipogastrica non sopporta la più piccola pressione, la cute presenta una vera iperestesia. A ciò s'aggiungono fenomeni generali, agitazione, dispnea, frequenza di polso, vomitazioni.

La pressione riscontra i così detti *punti dolorosi* al lombo (prime vertebre lombari), alla cresta iliaca, all'ipogastrico, all'inguine, al gran labbro al disotto del pube, alla regione crurale. La neuralgia è subordinata alle diverse lesioni dell'utero; ond'è che ha importanza e pronostico diverso nel caso di processo flogistico, e nel caso di degenerazione cancerosa dell'utero. Qualunque affezione dell'utero è capace di produrre simili fenomeni neuralgici, più frequenti del resto in tutti quei vizii che inducono dismenorrea. Col migliorare della condizione uterina veggonsi sparire queste complicazioni, le quali talvolta però o sono così imponenti e dolorose o così persistenti, che richiedono direttamente gli stupefacenti ed i rivellenti.

DE-CRISTOFORIS.

lativo. In alcuni casi la perdita cessa dopo poche ore, e poi ritorna di nuovo; mentre, sebbene scarsa, è meschiata a piccoli coaguli, dovuti probabilmente al sangue, che venne effuso così lentamente da permettere il suo coagularsi entro la cavità uterina; accidente che non accade nella mestruazione normale, pel suo fluire comparativamente rapido in vagina, dove la sua fibrina viene subito sciolta dalla secrezione acida di tal canale, e così distrutta la proprietà di coagularsi.

In altri di tali casi colla perdita mestrua troviamo mescolati stralci o striscie, o lamine distinte di membrana, oppure anche un piccolo sacco membranoso, che, esaminato attentamente, ha la forma della cavità uterina. Tale accidente talora ha luogo una sol volta, ma più spesso ricompare per un lungo corso di periodi mestruui. L'espulsione della membrana si associa generalmente a considerevole peggioramento delle sofferenze dell'ammalata; talora a dolori periodici distinti, come quelli dell'aborto, in guisa che, se vi si aggiunge anche emorragia profusa (caso frequente, sebbene non invariabile), in certe circostanze ponno nascere sospetti infondati circa la castità delle donne, che ebbero la sventura di offrire tale combinazione di sintomi.

Nell'ignoranza, che prevalse fino a questi ultimi tempi, intorno la vera struttura dell'interna membrana dell'utero, si usò parlare della membrana dismenorrea come di un prodotto di infiammazione o di processo affine. Conosciamo però, che durante la mestruazione l'epitelio della cavità uterina si distacca in maggiore o minore abbondanza; mentre l'esame della membrana basta a mostrare, che ciò che avviene nella sua formazione e distacco, è puramente un'esagerazione del processo, che in grado minore ha luogo ad ogni periodo mestruo (*). La membrana ha una superficie liscia e l'altra ruvida quasi villosa, ed offre i detriti di numerose ghiandole uterine dilatate; caratteri questi che provano essere essa l'analoga di quella decidua, che, dietro lo stimolo fisiologico della concezione, subisce un più completo sviluppo onde servire a scopi importanti (**).

Non fa bisogno dirvi non essero cosa indifferente, sotto il punto di vista pratico, l'averne un'esatta opinione riguardo la struttura di questa membrana. Il considerarla come uno strato di linfa plastica simile a quella che si produce nel croup, suggerisce subito, *onde rimuoverla, l'uso dei mezzi antiflogistici attivi*, che l'esperienza non giustifica punto. Però il raziocinio, anche indipendentemente dalla osservazione di fatto, basterà a mostrare la fallacia di quest'opinione.

(*) È ora generalmente adottata l'opinione dell'identità di carattere della membrana dismenorrea colla decidua, tanto nel nostro paese che sul continente. Fra noi i primi ad asserire quest'identità furono, io credo, il dottor Oldham (*Med. Gaz.*, 16 aprile 1840) e il dottor Simpson (*Edin. Monthly Journal*). Settembre 1846.

(**) Tutte le membrane però, espulse durante la mestruazione dolorosa, non sono tutti prodotti uterini. Il dottor A. Farre, in un articolo pubblicato negli *Archives of medicine* di Beale, N. 11, 1858, dimostra che qualche volta la membrana mucosa della vagina si esfolia in strati, che hanno la forma completa del canale. La loro espulsione in ciascuno dei casi riportati fu accompagnata da molte sofferenze, sebbene, come era da aspettarsi, riferibili più alla vagina che all'utero.

Non può concepirsi come una membrana mucosa, così infiammata da diventare la sede di depositi di linfa, debba ritornare in pochi giorni ad una condizione perfettamente normale, e subire periodicamente la stessa intensa infiammazione da produrre gli stessi depositi; e ciò senza grave lesione delle sue funzioni e senza cangiamento permanente di sua struttura (33).

(33) Finchè non si seppe che la intima aderenza della mucosa al tessuto fibroso uterino poteva esser vinta per condizioni fisiologiche, sotto l'influenza della fecondazione, l'idea dell'espulsione della mucosa uterina non poteva nascere di certo. Bisogna giungere fino a questi anni per trovare annunciata quest'idea, e vedere dimostrato il fatto: ed omettendo la lunga storia di controversie agitate da circa 20 anni intorno a questo argomento, esporrò l'interpretazione oggigiorno più generalmente accettata del fenomeno, che cioè *il materiale espulso insieme a sangue, in queste forme di dismenorree, non è altro se non se il prodotto fisiologico della gravidanza alcuni giorni dopo la fecondazione, espulso dopo più o men tempo in seguito ad aborto.*

Invero, il fatto principale che domina in tutte le osservazioni di tal genere complete, e rispondenti a tutte le esigenze eziologiche, si è che le donne, le quali ne sono il soggetto, avevano già avuti rapporti sessuali. Un altro fatto non meno rimarchevole in quelle stesse osservazioni è, che, notando attentamente la data dell'ultima mestruazione e quella corrispondente all'espulsione delle membrane, si trovano queste due epoche separate generalmente da un certo intervallo, in cui il catamenio è mancato; intervallo che oscilla fra 40 e 60 giorni. Rapporti sessuali adunque erano preesistiti, fecondazione ignorata o dissimulata poteva supporre dal momento che era mancata una o più d'una mestruazione, mentre prima i catamenii erano stati sempre regolari.

Ma ciò che più viene in appoggio del concetto espresso si è la grande rassomiglianza fra i caratteri anatomici delle membrane accidentalmente espulse, e quelli che la mucosa uterina, diventata caduca, presenta alcuni giorni dopo la fecondazione, quando viene staccata dalle pareti dell'utero: e cioè una forma di sacco, a faccia esterna inuguale, villosa; a faccia interna liscia, umida, presentante una quantità di piccole aperture follicolari: il tessuto del sacco prolungato nei condotti falloppiani; la cavità del sacco membranoso trovata vuota, sia perchè, come accade di vedere pochi giorni dopo la fecondazione, l'ovulo è rinchiuso nello spessore delle pareti della caduca (*Atlanti di Coste e di Breschet*), sia perchè fuggito all'esterno colla perdita di sangue, che precede e accompagna l'espulsione del sacco.

Per ultimo criterio aggiungonsi le cifre della misurazione praticata sui sacchi membranacei espulsi. Nei singoli casi Lebert trovò che misurava 40 millimetri, Follin 60, Raeborski 55 una volta, 60 un'altra, Coste 55 in un caso, 65 in un secondo. E noi sappiamo che in media la cavità del corpo dell'utero è di 32 millimetri fuori di gestazione, di 52 circa ad un mese di gravidanza e di 75 a due mesi.

I sintomi che accompagnano l'espulsione del sacco membranoso, che devonsi considerare, da quanto si è detto, come la caduta dopo un mese o poco più di gestazione, sono gli stessi di un aborto della stessa età: dolori vivi uterini e lombali, intermittenti, perdita sanguigna maggiore di un normale flusso mestruale e stillicidio sanguinolento prolungato.

Affini a questa dismenorrea congestiva sono i casi di penosa mestruazione dipendente da cause costituzionali, specialmente dalla diatesi reumatica o gottosa; sebbene non pretenda spiegare il perchè nelle donne *più frequentemente ne risulti questa speciale indisposizione*, anzichè le forme ordinarie di disturbi comuni al sesso maschile. Però casi simili non sono rari in qualunque classe sociale, e dove occorrono sono di decorso cronico e di cura difficile (*). Un raffreddamento accidentale si crede in molti casi esser l'occasione di tale condizione della paziente, mentre in altri casi il male viene a gradi e senza causa eccitante definita. La mestruazione comincia ad essere più dolorosa dell'usato, spesso più scarsa; un grado non comune di disturbi costituzionali accompagna ogni periodo; il polso a tali epoche è assai frequente, la pelle calda sebbene in traspirazione, ed i sali di litina abbondano nelle urine. Negli intervalli hanno luogo profuse perdite leucorroiche; il dolore, sebbene meno intenso, è però forte e si aggrava per un nulla o senza causa. Il dolore è ora più forte al dorso, ora si riporta all'una od all'altra regione iliaca con diffusione lungo le coscie, sul decorso del nervo crurale, o, come la sciatica, prende la parte posteriore delle coscie; mentre talvolta in aggiunta a questi incomodi permanenti, la paziente è obbligata a letto per un giorno o due ogni volta con leggieri accessi di febbre, accompagnati da dolori vaghi nelle membra, sebben di rado congiunti ad infiammazione e gonfiore delle articolazioni (34).

(*) Le osservazioni del dottor Todd in proposito (*Practical Remarks on Gout, Rheumatism, Fever, etc.*, 8.^a Londra, 1843) e quelle del dottor Rigby, nelle sue opere sulla dismenorrea pubblicate nel 1844, hanno più specialmente richiamata l'attenzione a questo soggetto.

Tali sintomi confermano essi pure il concetto, che la dismenorrea membranacea altro non sia che un aborto di poche settimane, non più di sei a sette, disconosciuto, perchè si ebbe una o due sole sospensioni mestruali, perchè non si riscontrò prodotto del concepimento, e perchè infine si dimenticò il fatto dell'esfoliazione in caduta della mucosa uterina e perchè lo spessore della membrana espulsa fu attribuito a processo patologico, differico. L'arte nostra non è chiamata ad agire che quando il flusso sanguigno diventi esagerato: ed in allora sono richiesti i mezzi insegnati in ostetricia per casi simili di aborto nei primi tempi dalla fecondazione.

DE-CRISTOFORIS.

(34) Anche qui debbo ripetere ciò che dissi per l'amenorrea, esser cioè la dismenorrea puramente un sintomo di condizione organica, non un'entità morbosa. Epperò le flessioni del canale uterino, i polipi, i tumori fibrosi nelle pareti dell'utero, l'induramento della porzione cervicale, e la stenosi essenziale degli orificii sono ostacoli meccanici al fluire del sangue mestruo, non meno che la congestione stessa e l'infiammazione del viscere possono essere considerati quali cause meccaniche di dismenorrea, atteso il gonfiore, la turgescenza del tessuto dell'utero e la necessaria chiusura degli orificii

La sede del dolore in questi casi è, senza dubbio, nel tessuto muscolare dell'utero, e i patimenti per tal causa durano talvolta per tutto il tempo di vita in cui ha luogo la mestruazione, quantunque il cessare della congestione periodica dell'utero, che accade finchè il sistema sessuale mantiene la sua attività, sia seguito da gran diminuzione dei mali della paziente. Nei peggiori casi di tal disordine, l'utero, sebbene non presenti alterazione apprezzabile, è però così sensibile che il più lieve movimento produce dolore intollerabile; ed a questa categoria devono riferirsi molti esempi di affezione che il fu dottor Gooch (*) descrisse col suo grafico talento, di cui era sì gran maestro, ed alla quale propose il nome di *utero irritabile*. Dovrò fare in appresso alcune riflessioni sul trattamento di questa affezione; per ora aggiungerò solo, che il suo sollievo è da cercarsi con mezzi diretti contro la causa costituzionale o non già con una medicazione locale.

Tali sono dunque le due forme principali di dismenorrea, l'una neuralgica, l'altra congestiva; mentre spesso troviamo casi che presentano i caratteri misti di ambo le varietà. È probabile che in tutti questi casi una costruzione temporaria dell'orificio interno dell'utero abbia nella produzione dei sintomi una parte più importante di quello che si suppone comunemente; che non solo non abbiavi effusione del fluido mestruo, ma che anche dopo versato, una condizione di turgore o di spasmo dell'orificio interno dell'utero ne impedisca il deflusso, e mantenga ed aggravi i mali della paziente (**). Ma vi sono altri casi in cui l'influenza dell'ostacolo meccanico è più ovvio e più durevole. Tali sono quelli in cui la mestruazione dolorosa si associa a qualche malattia organica dell'utero, come un tumor fibroso, qualche spostamento, fra cui l'anto o la retroflessione, o quei casi

(*) *On the more important Diseases of Women*, 8.^o, 2.^a ediz. Londra, 1831, pag. 332.

(**) La parte che l'ostacolo allo scolo dei mestru per temporaria contrazione dell'orificio cervicale, ha nell'originare il dolore della dismenorrea, fu trattata dal dottor Graily Hewitt nel suo recente lavoro (*Diseases of Women*, 8.^o, Londra, 1863, pag. 119-125). Gli abili argomenti con cui il dottor Hewitt sostiene le sue vedute ricevono ulteriore conferma dalle osservazioni di Guyon, a cui si è già riferito (opera citata, pag. 204-208).

suoi. La stessa forma neuralgica è dovuta spesso a stato nervoso generale in conseguenza di lunga malattia e di grave depauperamento organico. Infine nella forma *membranosa* di cui poco parla l'autore, è da considerarsi, quale causa di dolore, la difficile sortita dei lembi di mucosa inspessita, l'ostruzione che ne viene all'orificio interno, e il conseguente raccogliersi del sangue entro alla cavità uterina.

Dismenorree essenziali non possono quindi essere peggiorate nè supposte nè accettate.

E giacchè il West poco si occupò della dismenorrea, così detta *membranacea*, io ne dissi poche parole alla nota 33.

DE-CRISTOFORIS.

in cui il canale della cervice ed il suo orificio sono contratti a permanenza. L'esistenza di alcuna di queste condizioni naturalmente può solo esser accertata da attento esame vaginale, che non deve intralasciarsi qualunque volta la dismenorrea continui per parecchi mesi malgrado una cura intesa a rimediarla.

In questi ultimi tempi si diresse speciale attenzione a quella forma di cosiddetta *dismenorrea meccanica*, in cui le sofferenze dell'ammalata dovonsi a contrazione della cervice, che difficolta lo scolo del fluido mestruo. Questa forma meccanica di dismenorrea è caratterizzata non solo dal dolore, ma anche dal lento scolo e della scarsa quantità del sangue deflusso, il quale inoltre sfugge in gran parte sotto forma di coaguli imperfettamente formati. Il fu dottor Mackintosh di Edimburgo (*) fu, almeno credo, il primo che nel 1823 diresse l'attenzione a quest'origine di mestruazione difficile, e nel 1826 ne consigliava la cura colla dilatazione meccanica della bocca dell'utero a mezzo di candelette. L'impedimento può esistere o all'orificio esterno dell'utero o ad una parte limitata del collo e specialmente all'orificio interno, dove il collo e il corpo dell'utero si confondono, o può dipendere da tutto il canale del collo. Talora pare dipenda da infiammazione e probabile ulcerazione del canal cervicale, come nel caso di una donna già in mia cura, che presentò il canale della cervice in un punto pressochè obliterato a segno da non lasciar passare la più fina minugia, e che riportava il suo male alle sequele di un parto avuto dodici anni prima. In altri casi la dismenorrea è abituale, e la cervice ristretta è una condizione congenita, o almeno dovuta a difetto di sviluppo uterino, e questo credo essere la forma più frequente dell'affezione.

Prevalse in questi ultimi tempi l'opinione, che questa forma di dismenorrea sia assai comune, e i mezzi meccanici del suo trattamento vennero molto in voga, trascurando, io penso, in molti casi quei rimedii interni con cui si cura questa in generale, e più propriamente la mestruazione dolorosa. Una circostanza che io credo abbia molto contribuito a sostenere quest'opinione, è il fatto, che introducendo la sonda uterina, assai spesso si incontra un ostacolo all'orificio interno dell'utero al passaggio dello strumento nella cavità del corpo. Che questo ostacolo però sia naturale è subito confermato sul cadavere, giacchè perfino dopo levato l'utero dal corpo, una candeletta che passa facilmente lungo il canal cervicale incontra colà una tal resistenza, che può di spesso superarsi solo dietro discreto sforzo, od anche non del tutto, mentre una candeletta più piccola passa subito e con facilità, e l'intero spaccato si trova essere perfettamente sano. La costrizione che in questo punto esiste così valida perfino dopo la morte, doveva esser senza dubbio ancor più grande durante la vita in questi e in molti altri casi; eppure malgrado ciò la storia di tali individui spesso non dà pregresse mestruazioni difficili e dolo-

(*) *Practice of Physic*, 4.^a ediz., 8.^o. Londra, 1836, vol. 2, pag. 431-436.

rose (*). Nè ciò deve sorprenderci, perchè il flusso durante la mestruazione non ha luogo a corrente continua, come fa l'urina dalla vescica, ma trapela dall'interno dell'utero, il sangue sciolando a goccia a goccia dalla bocca dell'utero. Se tale orificio è così picciolo da far sì che ciò abbia luogo con difficoltà, la mestruazione senza dubbio può diventare assai dolorosa; e come quando esiste stringimento d'uretra la vescica, gli ureteri e i reni si irritano e si disturbano nell'esercizio delle loro funzioni, così si capisce che uno stato affine della cervice dell'utero possa esercitare la stessa influenza sulla funzione di tal'organo, e rendere lo scolo mestruo scarso in quantità e morboso in carattere, come congruenze della difficoltà al suo deflusso (35). La costruzione naturale dell'orificio interno all'utero è spesso e probabilmente aumentata da disordine funzionale, e diventa così l'occasione di aumento delle sofferenze della paziente. Non ne risulta però che tutti i casi in cui vi sono sintomi di ostruzione, richieggano una cura meccanica, non più di quello che ogni caso di croup o laringite debba subire, e senza riguardo ad altri mezzi, esser operato di tracheotomia.

Ciò mi conduce a parlare della cura della dismenorrea, che deve variare come variano le sue forme. Nella dismenorrea delle ragazze, in cui la mestruazione non si è ancora completamente stabilita, le nostre cure devono essere principalmente dirette a produrre il più presto possibile l'esercizio regolare dalla funzione, e v'è ragione di credere, che in proporzione che ciò si ottiene, il dolore a gradi diminuirà. Se però i patimenti sono tanto acuti da richiedere l'uso dei rimedii diretti, specialmente a mitigarli, si ricorrerà nella maggioranza dei casi a quelli usati pel sollievo della dismenorrea nervosa. Uno dei più utili tra questi è il semicupio ben caldo, cui si

(*) Il fatto della strettezza naturale del canal uterino all'orificio interno, fu in modo chiaro asserito dal dottor Enrico Bennet nella sua opera, *Inflammation of the Uterus*, pag. 3, della 4.^a edizione.

(35) La vera e diretta cagione del dolore accompagnante la mestruazione in questi casi di stenosi degli orifici uterini, è la contrazione del viscere, quale sforzo tendente ad espellere il sangue raccolto entro alla cavità, in conseguenza del mancato suo libero deflusso. Ogni viscere cavo, fornito di apparato muscolare costrittore, non sopporta distensione del suo tessuto e mira a mettersi in contrazione per sbarazzarsi. L'utero è, più d'ogni altro viscere, soggetto a questa legge, atteso che le sue pareti grosse e muscolose non sono suscettibili che di una scarsissima distensione, e reagiscono tanto profondamente come altrettanto energicamente alla presenza di corpi stranieri od inabituali, soffermati entro alla sua cavità. Una prova di questa interpretazione nella dismenorrea meccanica è data dalla forma stessa del dolore, a guisa di crampo, abbracciante il basso ventre, con dolor tensivo lombale, a tipo intermittente e con sortita di liquido sanguigno o di grumi, alla stessa guisa dei dolori consecutivi al parto.

DE CRISTOFORI.

ricorre alla prima minaccia al dolore, ed aneho 24, 36 ore prima dell'epoca in cui si aspetta il principiare della perdita mensile. Per averne il miglior vantaggio, la paziente deve restarvi per mezz'ora o tre quarti d'ora, la temperatura dell'acqua mantenendosi tutto il tempo a 35°, 36° centigradi, mentre spesse volte il bagno potrà con vantaggio essere reso più stimolante coll'addizione di senape. Se il dolore ritorna con violenza, il bagno può ripetersi due o tre volte nelle 24 ore, mentre dopo di esso la paziente deve sempre mettersi a letto e restarvi finchè, col ristabilirsi del flusso mestruo, il dolore sia di molto scemato. Sarà più prudente però che la paziente stia per tutto il periodo nel proprio appartamento, ed eviti le fatiche od i cambiamenti di temperatura.

Se il dolore è molto violento, sarà necessario qualche sedativo o narcotico, che produrrà il miglior effetto, se preso subito dopo il bagno. L'opio nelle sue varie preparazioni è naturalmente il più potente rimedio, ma vi sono molte ragioni perchè non vi si debba ricorrere prima di aver provati e trovati inefficaci i sedativi più miti. In molti casi l'opio disturba gravemente le funzioni digerenti, e cagiona alla paziente un cruccio mal di capo, per alcune ore dopo che la sua influenza calmante si è dissipata; ma un'objezione più seria al suo uso viene dal fatto, che molte giovani donne non di rado si abituano alla droga per averla usata come una sorta di rimedio domestico, onde attutire il dolore della mestruazione. In molti casi di dismenorrea puramente neuralgica, l'etere solo basta a togliere il dolore, o almeno a mitigarlo di molto, e quando agisce con la sua azione passeggera, e la circostanza del non influire menomamente sulle funzioni digerenti, lo rendono preferibile a qualunque narcotico più diretto. Una mistura contenente un grammo di spirito composto di etere e 15 gocce di etere clorico in generale soddisferanno assai bene all'indicazione, mentre nei casi in cui la paziente, come avviene talvolta, ha un'insuperabile ripugnanza all'etere, l'acqua di luce (36) o la tintura d'ammoniaca composta della farmacopea saranno buoni sostituti di quelle (*). Una sol dose di uno di questi rimedii spesso basterà; altrimenti potranno ripotersi spesso, e a brevi intervalli. Al-

N. 9.

(*)	Tintura d'ammoniaca composto	gocce 6
	Tintura d'arancio	gram. 2
	Siroppo semplice	» 2
	Infuso d'arancio composto	» 8
	Mistura di canfora	» 12

Mesci, facciasi una bibita.

(36) *L'acqua di luce* è un preparato della farmacopea francese, il cui nome tecnico anche per noi, è di *spirito di succinato d'ammoniaca*; liquore stimolante, reputato anche come antiseptico.

DE-CRISTOFORIS.

cuni anni sono fu introdotto in pratica il Sumbul, rimedio indiano, come applicabile a sollievo dei dolori neuralgici e di altre affezioni dolorose. Certamente esso sembra possedere la proprietà composta stimolante ed anodina che caratterizza l'etere, sebbene in grado minore. Per altro sarà sempre utile nelle malattie delle donne l'averne alla mano molti espedienti pel sollievo dei minori mali, conoscendo in pari tempo i più energici rimedii pei mali più seri.

Se non bastasse alcuno dei suddetti mezzi semplici, l'iosciamo è tra i narcotici quello su cui potrete far prova col minor rischio di riescire disagiata alla paziente: 40 gocce della tintura, o centigram. 30 d'estratto sono una media dose, e l'azione tranquillante del rimedio sembra accrescersi, specialmente nel caso di dolore uterino, combinandolo alla canfora, di cui 30 centigrammi ponno darsi con ogni dose di iosciamo. Un altro rimedio di molto servizio nel frenare il dolore neuralgico, e scevro di molti degli inconvenienti dell'opio, è la canape indiana o *Cannabis indica*. Vi sono però due obiezioni al suo uso: la prima che, in grazia della mancanza di una preparazione officinale della droga, la medicina varia molto in forza a seconda dei diversi farmacisti; l'altra, che la suscettibilità dei diversi individui alla sua influenza varia molto più che non per l'opio. Per queste ragioni è conveniente provvederla sempre dal medesimo farmacista e prescriverla in una dose minima alla prima, finchè vi siate accertati del suo effetto nella vostra paziente. L'inalazione di cloroformio o di etere, quantunque i loro affetti sieno transitorii, esercita però talora un'influenza permanente nel mitigare il dolore uterino. Il rimedio è per altro troppo pericoloso per essere affidato alla paziente od ai suoi amici; ma l'applicazione locale del cloroformio alla regione ipogastrica e pubica non solo è scevra da rischio, ma è bene spesso giovevole. Se nessuno di questi mezzi apporta sollievo, l'opio diventa la nostra ultima risorsa, e la polvere del Dower, la morfina, la soluzione sedativa di opio, le gocce nere, sono tutte da preferirsi in questi casi alla tintura semplice, perchè generalmente producono minor nausea e dolor di capo, e sono meno atte ad indurre la costipazione dell'alvo. Talora le medicine prese per bocca sembrano inefficaci, o la forza del dolore ci induce a cercare un rimedio che sia più rapido nella sua azione; ed in questo circostanze un suppositorio od un clistere opiato, il cui volume sia naturalmente assai piccolo, apporteranno spesso un pronto ristoro (37).

(37) Il Laudano liquido del Sydenham serve stupendamente come mezzo stupefacente, e quando il dolore è intenso io lo uso per clistere, per applicazione al basso ventre in aggiunta al cataplasma caldo, e per iniezione vaginale. S'è voluto che la mucosa della vagina avesse un potere assorbente assai debole, insignificante, e pertanto non si approfittò finora di questa superficie quanto lo si sarebbe dovuto fare nelle diverse medicazioni dell'apparato genitale interno. Io mi posi a controllare questa opposizione e dovetti

Non credo fuori di luogo di qui avvertirvi caldamente a considerare come importante ogni caso di dismenorrea in giovani donne, e non contontarvi di dare pochi consigli generali, o scrivere una ricetta alla vostra malata, quando il dolore di cui soffre sia molto urgente. V'è sempre maggior rischio che gli accessi diventino abituali, e così rendano miseranda la vita futura della vostra paziente, di quello che vi sia ragione di aspettarsi la realizzazione della credenza popolare, che cioè il male della fanciulla cesserà spontaneo, quando raggiungerà il pieno sviluppo di donna. Ogni precauzione che suggerii è del maggior momento; l'obbligare la paziente alla sua stanza, il riposo assoluto ed a letto nel primo periodo dell'epoca mestruale, sono indispensabili ad ogni ritorno di mestruazione, finchè continua la tendenza alla dismenorrea; ed io credo che, in quanto concerne la eventuale permanente guarigione, siano molto più importanti di quello che lo sia l'impiego di rimedii onde alleviare il dolore in ciascuna singola occasione. La vostra cura però non deve cessare col finire dell'accesso, ma bisogna che la vostra attonzione sia vigilante negli intervalli mestrui, onde correggere qualunque errore della salute generale, e rinvigorire il sistema della paziente, in tali casi quasi sempre debole. Lasciatemi aggiungere un altro precetto: è opinione popolare, che quando il sistema sessuale viene ad esercitare le più elevate funzioni, molti mali, dapprima molesti, siano facili a cessare; ed è senza dubbio vero che in molti casi il matrimonio, le gravidanze e il figliare sono seguiti da tali desiderati effetti. Temo però che le probabilità siano contrarie, e che la fanciulla, la quale soffre di dismenorrea, dopo il matrimonio probabilmente ne soffrirà più di prima; che l'estrema sensibilità de' suoi organi uterini renderà il matrimonio, sotto il rapporto sessuale, una condizione assai dolorosa; che la concezione avrà luogo meno probabilmente che in altra donna, e che se si effettuassero la gestione ed il travaglio, sarebbero concomitati

convincermi che la era più un'idea preconcepita che una vera convinzione. Dapprima ho coperto con bambagia la superficie del naso di tinca (per evitare l'osservazione che da questa sola si facesse l'assorbimento delle sostanze introdotte in vagina), di poi ho messo in vagina un piccolo tampone di bambagia talora imbevuto di tintura jodica, tal'altra contenente qualche centigrammo di jodio cristallizzato o qualche decigrammo di joduro sodico o potassico, lasciando tutto in sito per 12 a 15 ore. Siringata la donna due o tre volte questo tempo, ne ho esposite le urine, e vi ho trovato il jodio colla solita reazione dell'amido e dell'acido solforico. — Dopo queste prove ripetute e sempre aventi lo stesso risultato, nelle coliche uterine mi posi a iniettare laudanum puro in vagina, e, oltre l'attutimento del dolore, ne ebbi in due casi in breve corso di ore i sintomi dell'avvelenamento generale, convincendomi così dell'azione assorbente della vagina e dell'utilità che si ha da questa medicazione oppiata, narcotica, sia che dalla sola mucosa cervicale si faccia l'assorbimento, sia che si faccia dalla vaginale contemporaneamente.

DE-CRISTOPORIS.

da maggiori pene dell'usato. Se la cosa è così, vedrete quanto impellenti sieno le ragioni per curare la dismenorrea con maggior serietà di quello che sembra necessario a prima vista. Buon tatto e buon modo di sentire non mancheranno di guidarvi nella scelta della miglior via per partecipare le vostre opinioni alla paziente ed ai suoi amici; e nulla di più facile che ottenere una pronta sommissione ai vostri consigli, quando i motivi su cui basano sono ben compresi.

Nella forma congestiva della dismenorrea gli anodini non forniscono più la stessa pronta risorsa, che offrono pel sollievo dei mali nella varietà neuralgica dell'affezione. In generale l'utero e i visceri pelvici sono troppo carichi di sangue, ed è solo col sottrarne che possiamo soccorrere la paziente. Le ventose al sacro, o l'applicazione di mignatte all'ipogastrio, all'ano e all'utero stesso sono i mezzi con cui si ottiene tale intento. In generale però non è necessaria, nè da desiderarsi la sottrazione di molto sangue. Il gran vantaggio delle mignatte alle regioni ipogastrica ed iliache sembra essere limitata a quei casi in cui il dolore, che si riporta specialmente ai lati delle pelvi, indica esserne sede gli ovarii, ma negli altri casi è decisamente inferiore per efficacia all'applicazione dello mignatte all'ano. Questi modi diversi di deplezione sanguigna non possono usarsi ad ogni tempo, o poco prima della mestruazione o durante la perdita; però le sanguisughe non possono essere applicate direttamente all'utero tre o quattro giorni prima della attesa mestruazione, senza correre il grave rischio di disturbare la regolarità del suo ritorno.

Quando si ebbe ricorso alla deplezione, il semicupio tepido in generale arrecherà sollievo, mentre dopo di esso la paziente resterà a letto e prenderà qualche sale diaforetico, come il liquore d'acetato d'ammoniaca congiunto a piccole dosi d'iosciamo o d'opio; l'efficacia dei quali rimedii in questi casi verrà molto aumentata combinandoli con dosi nauseanti di tartaro emetico. In qualche caso di questo genere i narcotici diretti sotto qualsiasi forma o combinazione sono mal tollerati, eccitando molto disturbo generale, o alleviando poco o nulla il dolore. In questa circostanza è talora di gran servizio l'ipeacuana a dosi di 3, a 5 contigrammi ogni ora, finchè si induca un marcato effetto di nausea, arrecando molto sollievo al dolore e diminuendo anche la quantità della perdita, la quale diversamento e di spesso diventa troppo copiosa nel secondo o terzo giorno della mestruazione (38).

(38) L'azione dell'ipeacuana in questo caso deve essere considerata come *eccitante semplicemente le contrazioni uterine*. La stimolazione dei nervi vaghi induce *direttamente* un movimento tumultuoso ventricolare, e *indirettamente* un sentimento comune nei muscoli della faringe, del palato e dell'esofago (per le fibre motrici date dal nervo accessorio al vago, del qual'ultimo tutte queste parti sono fornite) eccitando così il vomito e la nausea. Tale impressione, per la via intermedia del cordone simpatico (porzione sua addo-

Il trattamento delle malate al periodo mestruo costituisce però solo una piccola parte di quelle che occorre per ottenerne la guarigione. Sebbene sollevate per un certo tempo dallo scolo del sangue, il che è il caso generale, i sintomi a gradi ritornano prima del vicino periodo. E durante tale intervallo che si guadagna molta colla deplezione locale dell'utero; processo che, quantunque assai semplice, credo bene di descrivervi.

Le sanguette applicate all'utero producono generalmente una maggior perdita di sangue che applicate alle parti esterne del corpo, per cui 4, al più 6 bastano per ogni volta. Si vendono dai fabbricatori dei tubi metallici con fori ad un'estremità e che ponno chiudersi con caviglia all'altra estremità, ed altri simili congegni che sono utili per le persone di servizio e le infermiere, quando loro si affida l'operazione di porre mignatte all'utero. Io però preferisco usare lo specolo, e generalmente ne adopero uno di vetro riflettente di Fergusson, con cui potete assicurarvi bene della parte su cui applicate le sanguette, e avete occasione, se la bocca dell'utero è un po' aperta, di introdurvi una pallottola di cotone, onde impedire la morsicatura delle mignatte entro il canale della cervice; giacchè tale accidente produce sempre acuto dolore, mentre diversamente l'operazione è poco dolorosa. Introdotto e applicato lo specolo mentre la paziente riposa sul fianco sinistro, vi si mettono dentro le mignatte e si spingono verso l'utero col mezzo di un globo di filaticcio o cotone, che può togliersi dopo 5, o 10 minuti, le sanguette in genere avendo morsicato in tale spazio di tempo. Talora qualcuna delle sanguisughe trascinandosi fuori dello specolo prenderà la via tra lo specolo e la vagina, e attaccandosi alle parti esterne produrrà molto dolore, ma un po' di attenzione basterà a garantirvi da tale accidente.

Ho parlato di dettagli, che sembrano triviali, per la circostanza che in campagna non potete avere l'assistenza di una tal classe di donne, che vive d'altronde assai bene in Londra applicando sanguette all'utero dietro prescrizione medica. Staccatesi le sanguisughe, un semicupio caldo è in generale di ristoro alla paziente; e a meno che la perdita di sangue sia stata profusa, riesce ottimo mezzo anche

minale, in ispecie i rami del 3° e 4° nervo sacrale), è portata al centro spinale, del quale la fisiologia ci insegna, che eccitato in tutti i suoi punti muove a contrazioni la fibra uterina.

In tal modo dovesi interpretare fisiologicamente il fenomeno, per sè complicato e oscuro, dell'arrestarsi dell'emorragia in conseguenza dell'amministrato vomitivo. Eguale via, ma in senso inverso, tiene la corrente nervosa, quando le contrazioni uterine del travaglio destano la nausea ed il vomito.

DE-CRISTOFORIS.

per promoverla, dietro il principio stesso per cui applichiamo un cataplasma dopo il sanguisugio delle parti esterne. La sera è in generale il tempo migliore per applicar le mignatte all'utero, affine che il riposo e il sonno della notte possano ristorare la paziente, affaticata ed annojata dall'incomodo dell'operazione (39).

Aggiungo essere stato consigliato come mezzo di deplezione dell'utero, più spedito e meno spiacevole, lo scarificarne le labbra, dopo applicato lo specolo, a mezzo di lancetta a lungo manico. Tali scarificazioni non sono dolorose, e nei casi in cui la membrana mucosa del muso di tinca è molto vascolare e presenta un'apparenza particolare granulosa, o abrasa, vidi risulterne molto vantaggio; alla stessa guisa della scarificazione della congiuntiva palpebrale talora assai utile nelle forme strumose od in altre di oftalmia. Però con questo mezzo non possiamo avere molto sangue; e quando v'è molta congestione del parenchima uterino, che desideriamo alleviare colla deplezione, sono da preferirsi le mignatte applicate localmente.

La deplezione, lo stato dell'intestino, una dieta nutriente ma non stimolante e tutte quelle piccole precauzioni che si designano col nome vago di attenzione allo stato generale di salute, devono in tutti questi casi attirare le nostre cure negli intervalli tra ogni periodo mestruo. Aggiungerò che il dolore lombare, se non è alleviato da un cerotto, cede generalmente ad un linimento d'olio di erotontilio, abbastanza debole però da non produrre una incomoda eruzione pustolare, e che piccoli vescicanti all'una o all'altra regione iliaca mitigano d'ordinario il dolore riferibile alla sede delle ovaja; e con ciò credo avervi detto le norme speciali applicabili ai casi di questo genere.

Ho però riportato alcuni casi in cui la mestruazione dolorosa si associa a diverse forme di diatesi renmatica o gottosa, e tali casi sono e dolorosi e poco curabili. Il colchico è spesso di gran vantag-

(39) Debbo qui aggiungere che, se l'apparato per applicare le mignatte all'utero e l'idea della introduzione di uno strumento non conosciuto, spaventano la malata, noi dobbiamo rassicurarla che oltre alla nessuna entità di questo atto preparatorio, v'è il vantaggio immenso dall'essere l'operazione in tal modo assolutamente indolore, sia fatta alla porzione cervicale dell'utero, sia fatta alla vagina. Che se il timore e la poca fiducia nella levatrice o nell'infermiera destinata a tale applicazione fosse il motivo per cui la paziente vi si rifiutasse decisamente, dobbiamo prestarvi noi stessi, almeno per l'atto d'introduzione dello specolo, che come strumento della professione giustifica il nostro intervento: dopo di che l'infermiera compie la sanguettazione da sè. Mi è toccato di vedere le pazienti rifiutare le mignatte al ventre, dopo che le avevano applicate una volta in vagina, ricordando la differenza di effetto e di utilità fra l'una e l'altra applicazione a tutto scapito della prima.

gio, e durante il parossismo venti o trenta gocce della tintura combinata a piccole dosi di laudano o di vino antimoniale spesso arrecheranno maggior sollievo d'ogni altro rimedio, e torneranno utili quando non servano forti dosi di narcotici. Il trattamento durante gli intervalli mestrui è di particolare importanza a questa classe di pazienti, eppure i sintomi variano tanto nei diversi casi che è impossibile tracciare un piano definito applicabile a tutti. Finchè l'alvo è costipato, la lingua sporca, e l'urina carica di sali, può amministrarsi il colchico due o tre volte al giorno, combinato al solfato o carbonato di magnesia, od una piccola dose di pillole bleu, o di polvere grigia (40) coll'estratto di papavero o di iosciamo, alla sera. Quando è vinta la stipsi intestinale può continuarsi alla notte l'estratto acetico di colchico, mentre che di giorno si amministra qualche tonico mite, quali l'acido nitro-muriatico coll'estratto di tarassaco, e il liquore di cincona e tarassaco, perchè colla disposizione alla plethora e congestione locale trovasi quasi sempre associato un manco di forze del sistema. Mentre si continua in generale la cura tonica, ogni aumento di dolore, o irritabilità della vescica, o aumentato deposito di sali urici nell'urina richiedono il ritorno all'uso del colchico, e con maggior frequenza nelle dosi. La persistenza dei sintomi e la presenza di profusa perdita lencorroica, come anche un eccesso abituale di sali di litina indicano l'impiego dell'ioduro di potassio, che è di gran vantaggio quando il colchico abbia fallito alle nostre aspettative. La disuria in questi casi è frequentemente molto alleviata col dar a bere alla paziente, invece dell'acqua pura, l'acqua di Vichy; mentre che la forma di tonico più conveniente è il citrato di ferro, in dosi non superiori a 30 centigrammi due volte al giorno, cui è un buon veicolo gradevole l'acqua di Vichy, raddolcita con poco siroppo di corteccia d'arancio. Infine quando una tal condizione ha durato per anni, io temo che diventi pressochè incurabile. Le acque di Carlsbad e di Wiesbaden ottengono qualche cosa nell'alleviare i dolori dello malate, talora anche ne ottengono la guarigione, ma per lo più lentamente, incertamente, e lasciando una grande disposizione alla recidiva. I ricchi perdono quindi il coraggio, giacchè la cura sembra interminabile, richiede d'esser rinnovata ogni anno, e impone, quale prezzo anche di limitata riescita, una stretta astinenza e tali precauzioni che quasi escludono dal grembo della società coloro i quali seguono tale trattamento. Le povere, incapaci di procurarsi il lusso nelle malattie, sono altrettante infelici, e conducono una vita di rodente dolore, tanto più intollerabile, forse, perchè non dovuta a malattia pericolosa, e perchè non tende ad abbreviare un'esistenza, che rende anzi assai miseranda.

(40) Le pillole bleu e la polvere grigia sono i preparati di mercurio gommoso del Plenck e simili.

DE-CRISTOFORIS.

In riguardo all'ultima forma di dismenorrea, cioè quella che dipende da contrazione costante dell'orificio e del canal cervicale dell'utero, e che è il conseguente ostacolo meccanico allo scolo del fluido mestruo, ho già espresso la mia convinzione intorno la sua rara occorrenza, nè sono il solo di tal opinione (*). In alcuni casi in cui questa si suppose essere la causa della mestruazione dolorosa, il risultato di attenta indagine mostrò che il collo era piccolo, e stretto il suo canale, appunto perchè gli organi sessuali non erano in generale bene sviluppati. Non fa bisogno vi dica che questi non sono casi di dismenorrea meccanica, nè da guarirsi con maneggi diretti a dilatare la cervice. E neppure, come già affermai, i sintomi di ostruzione meccanica, accompagnanti molti casi di dismenorrea neuralgica o congestiva, devono riguardarsi come segni concludenti di contrazione permanente del collo dell'utero. Sono d'accordo con Aran nel considerare come miglior prova di tale condizione, la perdita dolorosa di piccoli coaguli, ricorrente per parecchi successivi periodi mensili, invece dello scolo di un fluido mestruo sano.

Infatti, a giudicare dalla molteplicità dei congegni che negli ultimi anni furono impiegati allo scopo di dilatare la cervice dell'utero si sarebbe condotto a conclusioni diverse da quella che io credo la giusta, e si potrebbe supporre che l'esistenza di un collo uterino ristretto fosse assai frequente. Oltre le ordinarie candellette, quali erano usate dal dottor Mackintosh, e quelle di metallo flessibile, che si trovarono in qualche riguardo più convenienti, si introdussero aste metalliche torminanti in bulbo, da lasciarsi nel canal cervicale un'ora o due per volta, e queste aste furono di recente modificate col costruirle di due diversi metalli, allo scopo di ottenere una specie di azione galvanica nell'interno dell'utero. Questi trovati ingegnosi sono invenzioni del professor Simpson di Edimburgo. Credo però che, come per gli anelli galvanici che si vendevano per le strade qualche tempo fa per la cura delle affezioni neuralgiche e reumatiche, così per queste aste, la quantità di azione galvanica sviluppata debba essere ben poca per esercitare un effetto reale: mentre, indipendentemente dalla difficoltà che si ha sempre alla loro introduzione, massime se la vagina è ristretta, l'effetto di lasciare candellette metalliche per qualche tempo in contatto dell'interno dell'utero mi parve sempre quello di produrre un discreto grado di sofferimenti.

Oltre la dilatazione graduata della bocca e del canale cervicale uterino con candellette, furono ideati strumenti non dissimili dallo *speculum matricis* degli antichi, allo scopo di dilatarlo forzatamente e letteralmente aprirlo come farebbe una vite, ed altri per inciderlo col mezzo di un bisturi nascosto. Non so comprendere il principio per cui vengono raccomandati tali istrumenti. Se la cervice dell'u-

(*) Vedi in riguardo a questo punto le osservazioni di Aran, op. cit. pag. 324.

tero è abbastanza larga da lasciarli passare, non vedo come la sua strettezza possa offrire un ostacolo meccanico allo scolo dei mestruî. Posso però comprendere benissimo che l'utero debba soffrire seriamente per la violenza patita: io ho veduto ascessi della pelvi tener dietro ad alcuni di questi maneggi.

Tali processi, credo, siano ai nostri di meno di frequente usati, dacchè il danno che ne deriva divenne ora più evidente che non lo sia stato alcuni anni fa. Non posso rattenermi però, ora che se ne offre l'occasione, di mettermi in guardia contro gli errori plausibili che condussero a tal pratica; errori in cui è tanto più facile il cadere, in quanto che hanno facile corso tra le malate. Persone profane della professione non possono capire le ragioni che ci inducono ad adottare un corso di cura medica piuttosto che un altro; ma possono benissimo intendere la patologia volgare, che loro dice che hanno mestruazione dolorosa perchè il passaggio dell'utero è troppo stretto, e nella speranza di una guarigione, si sottometteranno con prontezza a pressochè qualunque trattamento meccanico, e faranno forse confronti tra il medico che interviene affatto inutilmente, ed il medico meno ufficioso che non fa di più di quello che richiede la necessità del caso; confronti, inutile il dirlo, assai sfavorevoli a quest'ultimo.

Ora, se dopo aver nsato tutte le possibili attenzioni per evitare errori, voi mantenete tuttora l'opinione che la mestruazione dolorosa è dovuta in parte, se non in tutto, al canal cervicale ristretto, troverete che un assortimento di sonde metalliche flessibili è il mezzo migliore e più conveniente per dilatarne il passaggio. Quelle che io adopero corrispondono in calibro alle sonde nsate dai chirurghi per esplorare la vescica; ma io vi feci fare una tacca a due pollici e mezzo dall'estremità, affine di poter dire quanta porzione di istrumento fu introdotta. Credo che 5 a 10 minuti sia un tempo abbastanza lungo per lasciare le sonde in posto; ma si devono introdurre giornalmente e non cessare dal loro uso finchè non ne passa pel canale una corrispondente al n.º 9 dei cateteri. So dopo molti tentativi la siringa non può avanzarsi che per un breve tratto, si dovrà introdurre una tenta di spugna preparata, quale introdusse in pratica per primo il professore Simpson; poi una più grossa, e una più grossa ancora, finchè nel corso di un paio di giorni la cervice sia ben dilatata in tutto il tragitto, o finchè si sia trovato il punto in cui esiste una decisa contrazione insuperabile. Nel solo caso in cui trovai un tale stato di cose, i sofferimenti della paziente datavano da un parto assai faticoso, e lo stringimento vicino all'orificio interno dell'utero non lasciava passare la più piccola minugia. In questo caso usai dello strumento di Stafford per dividere gli stringimenti insuperabili dell'uretra; e il risultato di tal procedore, e dalla susseguente introduzione di tente di spugna dapprima, poscia di sonde metalliche per mantenerlo pervio il passaggio, fu molto soddisfacente.

In nessun altro caso però l'impiego di uno strumento tagliente

per dilatare una cervice d'utero ristretto, mi parve o necessaria od utile (41).

(41) Il trattamento a mezzo delle candelette o della spugna preparata parrebbe essere il più facile, il più sicuro, il più innocente. La pratica di distinti ginecologi e la storia di tali atti operativi prova il contrario, ed ha fatto poi perdere ormai ogni fiducia in quegli espedienti, quando la chirurgia uterina prese sviluppo, e quando il dilatare con operazioni cruenta il canale uterino mostrò col fatto essere seguito da accidenti meno tristi e meno frequenti che non la dilatazione graduata incruenta. Bennett, Titt, Gardner, sono partigiani delle minnie, delle siringhe metalliche; Priestley ha costruito un dilatatore (fig. 13) di forma quasi identica a quella di Stafford.

Ma l'asserzione dei moderni ginecologi è che la metrite e la metropéritone sono facilissima e pronta conseguenza della forzata dilatazione del canale uterino, e che quindi i mezzi incruenti contro la stenosi sua sono da abbandonarsi. E si capisce come l'irritazione portata dal primo tentativo al tessuto uterino, possa presto esagerarsi e diffondersi per una consecutiva seduta, in guisa che o impedisca di ulteriormente procedere nell'atto operativo per minaccia di flogosi, o passi repentinamente a vivo processo flogistico, quando vi si voglia insistere. E quanto accade per l'uretra, dichiarando il chirurgo esente da accidenti e meno pericolosa la stenotomia che la dilatazione graduata, la quale è causa frequentissima di uretrite acuta, di cistite, di accessi a freddo, ecc.

A Simpson devcsi il pensiero di incidere il collo uterino nelle stenosi del suo canale, usando di adatto istrumento a lama nascosta (fig. 14), col quale nel primo tempo divide un lato del collo, nel secondo divide l'altro lato.

Greenhalg ha modificato l'istrumento (fig. 15) e in un solo tempo compie la duplice divisione, tagliando dall'orificio interno verso l'esterno.

Sims invece preferisce di far tutto allo scoperto, applica lo specolo, porta in fuori l'utero col tenaculum, si arma di una forbice curva (fig. 16), introduce una lama di questa nel canal cervicale fino a comprendere fra le due lame la porzione di collo che sta fra l'orificio esterno e l'inserzione della vagina, chiude le lame e incide questo tratto di tessuto tanto da un lato che dall'altro: asciuga il sangue, poi passa un bisturi ottuso a lama stretta (fig. 17), che si può piegare ad angolo più o meno acuto sul manico mediante meccanismo apposito, e così d'ambo i lati incide con esso il resto del tessuto, che la forbice ha risparmiato in alto verso la cavità uterina. La perdita di sangue è d'ordinario scarsa: se fosse viva, tenuto fisso coll'uncino il viscere, si tampona la ferita con qualche spugna. Dopo pochi minuti in ogni incisione cruenta si porta una pallottola di bambagia intrisa in soluzione di percloruro ferrico (1 su 4 parti di acqua), mentre un'altra vien posta nel canal cervicale: di poi il muso di tinca viene coperto da un pezzo di bambagia bagnata di glicerina, e sopra questa un tampone secco di bambagia in vagina. Questi ultimi vengono tolti il giorno dopo, previa l'applicazione dello specolo; di poi si rinnova il tampone con glicerina ogni giorno fino a distacco spontaneo dei tamponi applicati alla ferita: il che accade al terzo, al quarto giorno. In seguito si rimettono ogni giorno fra le labbra delle ferite e nel canal cervicale e sul muso di tinca i tamponi con glicerina fino a completa cicatrizzazione, che compiesi per lo più in quindici a

diciassette giorni. La medicazione è sospesa all'apparire della mestruazione, e ripresa per qualche giorno dopo. Se la iucisione tende a restringersi, si applichino metodicamente le candelette od un dilatatore metallico. L'operazione può essere ripetuta due o tre volte se il caso lo richiede. — Sims ha praticato più volte l'operazione in tal modo, ed ha trionfato di gravi stenosi e delle loro conseguenze, fra cui la sterilità, avendo procurato allo sperma libero accesso entro alla cavità uterina.

E qui sia detto una volta per tutte, che le cause organiche capaci di impedire il deflusso del sangue mestruo, debbono di necessità impedire l'ingresso degli spermatozoa, e quindi esser causa di sterilità. Le operazioni tutte, che tendono e riescono a togliere le stenosi del canal cervicale, potranno valere a stabilire la facoltà generativa nelle donne, in cui il desiderio di prole arrivi a tanto da sottoporsi ad atti operativi dell'apparato sessuale (Vedi Sims, *Notes cliniques de la chirurgie utérine dans ses rapports avec le traitement de la stérilité*, traduction Lheritier, Paris, 1866).

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE VI

MALATTIE DELL'UTERO.

Effetti immediati della gravidanza e del parto non ancora trattati, sebbene i loro effetti rimoti siano numerosi ed importanti.

Infiammazione e processi affini.

Ipertrofia dell'utero per deficiente involuzione dopo il parto o l'aborto. — Per irritazione uterina. — Casi illustrativi e cure. — *Ipertrofia parziale della cervice*; suoi effetti. — Trattamento, esportazione della cervice ingrossata, pericoli d'emorragia.

Infiammazione. — *Infiammazione acuta*; sua rarità, sue cause, sintomi ed esiti. — Cura.

Un corso di lezioni sulle malattie delle donne, in cui si propone di non includervi i mali dello stato di gravidanza e del puerperio, dove di necessità offrire molti difetti di distribuzione, ed essere incompleto nell'esecuzione. Questi difetti però mi pajono un male minore di quello che sarebbe l'occupar molto del vostro tempo nella considerazione di soggetti, quali la febbre puerperale o la flegmasia dolosa, che voi conoscete già dalle lezioni d'ostetricia, o che inoltre hanno occupata così bene l'attenzione di molti scrittori tanto nel nostro paese, che sul continente.

Sacrificando adunque accuratezza di ordine nosologico a convenienza pratica, non parlerò delle malattie speciali della gravidanza, nè delle condizioni morbose che segnano immediatamente il parto. Noi troveremo però spesso che la concezione, la gravidanza e il parto sono tra le più frequenti cause eccitanti di disordine delle funzioni e delle malattie degli organi sessuali, e che molti malanni ancora i quali cadono in nostra cura giorni, settimane ed anche mesi più tardi, si mostrano originare senza interruzione dal loro incominciamento, da un aborto o da un parto difficile o da qualche interruzione dei mutamenti che devono aver luogo nello stato puerperale. Questo è il caso specialmente di tutte le malattie che risultano da infiamma-

zione o da processi analoghi, come gli ascessi della pelvi, l'ipertrofia dell'utero, l'indurimento del collo, l'ulcerazione del suo orificio, con tutte le varie forme di disordine mestruo, di perdita leucorroica che li accompagnano.

Le forme di infiammazione attiva degli organi del sesso che minacciano la vita subito dopo il parto, non sono quelle le cui sequele si presentano più di frequente nella pratica d'ospedale o privata. In molte di esse il danno locale non è che una parte della malattia, una delle conseguenze di quell'alterata condizione del sangue, in cui consiste l'essenza della febre puerperale, e contribuisce solo in grado secondario a mettere a pericolo o distruggere la vita della paziente. In casi simili, se la paziente supera la malattia costituzionale, il male locale si ripara lentamente sì, ma certamente nel corso della lunga e tediosa convalescenza, e gli organi sessuali, restituiti alla loro integrità, riassumono col tempo il sano esercizio delle loro funzioni. In altre circostanze in cui l'affezione fu dal principio puramente locale, la ferocia dell'invasione e l'intensità dei patimenti usualmente reclamano una corrispondente attività e risolutezza nella cura, mentre il senso del passato pericolo ispira alla paziente e suoi amici il debito di seguire le più minute precauzioni, finché la sua salute sia completamente ristabilita. Deriva da ciò che la gran maggioranza di casi di infiammazione e ingrossamento d'utero, d'infiammazione delle dipendenze uterine, o di suppurazione nel tessuto cellulare delle pelvi, che datano da gravidanza, aborti o parte anteriori di settimana o mesi, non solo sono creniche nel loro decorso, ma fin dal primo sviluppo si assieciarono a sintomi comparativamente leggieri, e si manifestarono più con uno stato di malessere che di malattia seria; o tennero dietro ad una specie di convalescenza imperfetta, la quale per avere caratteri incompleti, non si seppe per qualche tempo ricondurre ad una causa adeguata.

Uno degli esiti dell'infiammazione dietro l'aborto o il parto è di sospendere il processo d'involutione, per cui l'utero deve essere ricondotto in poche settimane al volume ed alle condizioni che presentava prima che cominciassero la gravidanza.

Se esaminate il corpo di una donna morta d'infiammazione d'utero dopo il parto, la prima cosa che fermerà la vostra attenzione sarà il gran volume dell'utero, il quale dopo 4 a 5 giorni si troverà grosse quanto lo è l'utero sano 24 o 36 ore dopo il parto. Questo volume aumentato dell'utero non si deve solo all'arresto delle contrazioni naturali, né allo straordinario afflusso di sangue, né all'effusione di predetti d'infiammazione entro la sua sostanza, sebbene possibilmente tutte queste cause possano in vario grado contribuirvi; ma è in gran parte dovuta alla pura oppressione di quei cambiamenti che devono occorrere dopo il parto, sulla natura dei quali il microscopio ci ha in certo grado resi edotti. Nelle condizioni di perfetta salute, molto del sangue dapprima fornito all'utero vien tolto ad un tratto dalle forti contrazioni, le quali e quindi completa-

mente i vasi sparsi nella sua sostanza propria, o ad ogni modo ne diminuiscono di molto il calibro. Il suo tessuto avendo compiuta la funzione per cui raggiunge durante la gravidanza un sì alto grado di sviluppo, come avviene dello smaltirsi degli altri tessuti, subisce un processo di degradazione o degenerazione grassa; ed essendo così divenuto più facilmente suscettibile di assorbimento o di escrezione, è assorbito o scaricato coi locchi dall'interno dell'utero. Per tre o quattro settimane ha luogo null'altro che questo processo di regressione, il quale è molto più attivo nella seconda settimana dal parto che prima o dopo quell'epoca. Comincia poi un processo di ricostruzione del viscere, e si formano nuclei, cellule caudate ed elementi di nuove fibre, che aspettano solo lo stimolo di una nuova concezione per raggiungere quella stessa perfezione di struttura, primitivamente manifesta nell'utero. Gli osservatori non sono tutt'affatto d'accordo quanto al tempo in cui comincia questo processo di riparazione; se sia cioè affatto secondaria alla rimozione degli elementi del vecchio utero, e se, come pare più verisimile, lo smaltimento del vecchio e la ricostruzione del nuovo procedano attivamente allo stesso tempo. L'interno dell'utero subisce cambiamenti tanto considerevoli quanto quelli che hanno luogo nel suo tessuto; eppur la sua membrana interna, ad eccezione di quella della cervice, riprende la condizione identica a quella anteriore alla fecondazione solo dopo essersi riprodotta parecchie volte, ed essere stata espulsa allo stato di degenerazione grassa (*) (42).

L'accadere dell'infiammazione sembra interrompa questi processi, perchè sebbene la degenerazione grassosa dei tessuti abbia luogo, pure l'esportazione degli inutili materiali non si compie che imperfettamente, mentre allo stesso tempo gli elementi del nuovo utero soggiacciono essi stessi, appena prodotti, alla stessa alterazione, e l'organo dopo che ogni attivo male è svanito, rimane lunga pezza accresciuto di volume e allo stesso tempo di tessuto disadatto a tutto i processi fisiologici di fecondazione, gravidanza e parto. Non potendo dirvi la natura intima dei cambiamenti che può dappoi subire in questi casi la sostanza dell'utero, perchè il microscopio al presente ci lascia qui in difetto, e molte circostanze renderanno sempre par-

(*) Le migliori osservazioni microscopiche su questo oggetto sono quelle del fu Francesco Kilian nel *Zeitschrift* di Henle, vol. 8, pag. 53, e vol. 9, pag. 1, con cui in generale corrispondono quelle di Heschl, loc. cit., sebbene vi siano differenze di dettagli nelle loro asserzioni. Fu, credo, il dottor Simpson il primo a chiamare l'attenzione all'importanza di tal soggetto. Vedi le sue *Contributions to Obstetric Pathology*, vol. 1, pag. 26.

(42) Richiamo qui la mia nota 27, la quale serve a mettere più in chiaro i dettagli di questi processi fisiologici, dando così gli elementi di interpretazione dei processi patologici che direttamente derivano da anormale loro evoluzione durante le funzioni di maternità.

DE-CRISTOFORIS.

ticolarmente difficile l'investigazione degli effetti dell'infiammazione e dei processi affini che hanno sede nell'utero (43).

È però più facile il vedere che, svanita l'infiammazione, i suoi effetti o risultati si manifestano con maggior volume e con alterazione di struttura dell'utero, e che la vera natura di tali cambiamenti è tale da far sì che la riparazione dell'organo danneggiato avvenga poco facilmente e si compia lentamente, lasciandolo in una condizione particolarmente soggetta ad aggravarsi durante le fluttuazioni di circolazione, le alternative di attività e di riposo che subisce il sistema sessuale della donna. Deve pure sembrar ovvio che per produrre questi effetti non sia necessario che l'infiammazione abbia carattere molto serio; ma che un grado di azione infiammatoria, molto al disotto di quello capace di mettere a pericolo la vita o di produrre molto patimento, possa frapporre un grande ostacolo all'involuzione dell'utero.

L'importanza di questa condizione è dovuta meno ai sintomi da essa provocati finchè resta senza complicazioni, che non alla circostanza di complicazioni d'una o d'altra natura facili ad accadere; ed è assai facile che l'utero pesante si abbassi per prollasso, o che

(43) In qual modo debbasi interpretare il fatto del persistente volume e della stentata riduzione del viscere, quando dopo il parto viene il suo tessuto invaso da processo flogistico anche lieve, ce lo dicono le cognizioni fisiopatologiche moderne in proposito acquistate. — Tutto ciò che vale a sospendere o compiere imperfettamente la contrazione o retrazione del tessuto uterino, ha per prime e prossimo effetto di mantenere dilatata la rete vascolare serpeggiante nel tessuto del viscere, che altrimenti in via normale perderebbe del proprio calibro. La denutrizione e regressione quindi degli elementi nuovi e dei vecchi ingranditi (fibre muscolari e tessuto connettivo) non trova ragione di effettuarsi, attesa l'irrigazione persistente sanguigna e la nutrizione che ne viene alla massa di tessuto per tutta l'estensione e per tutto il volume acquistato per la gestazione. È accettato come fatto il retrarsi meno pronto e meno completo dell'utero, quando la funzione dell'allattamento nella puerpera, non si fa in seguito alla espulsione del prodotto, appunto perchè viene a mancare una delle influenze eccitanti la contrazione uterina, la suzione cioè della mammella: il che spiega perchè siano più frequenti le forme metritiche in chi non allatta il proprio nato. — A prova ancora della influenza che ha l'incompleta retrazione del viscere sui suoi processi morbosi di natura flogistica in puerperio, abbiamo il fatto delle metriti lente frequentissime più che mai, in seguito ad aborti o parti prematuri, appunto perchè la fibra muscolare uterina, non avendo raggiunto il suo più completo sviluppo, ha minore facoltà contrattile, minore potere sull'atto di riduzione del viscere e quindi anche sulla ostruzione, per così dire, dell'albero vascolare.

Da ciò è spiegato il perchè nella metrite puerperale il volume del viscere si mantenga maggiore che non nel caso di metrite fuori puerperio, dopo che nell'un caso e nell'altro la flogosi è dissipata. DE-CRISTOFORIS.

diventi sede di congestione permanente, o sia attaccato da infiammazione cronica. Mancano di rado un senso di peso nella pelvi, premiti più o meno vivi, ed una disposizione a mestruazione eccessiva e troppo frequente quando esiste un ingrandimento notevole dell'utero; in generale il volume dell'utero e la forza dei sintomi sono in diretta proporzione tra di loro.

Uno degli esempi più marcati di questa deficiente involuzione dell'utero ebbi a trovarlo in una donna di 31 anni, che era maritata da dodici anni ed aveva avuto cinque figli a termine e tre aborti. L'ultimo aborto ebbe luogo al terzo mese, sei settimane prima di entrare nell'ospedale di San Bartolomeo. Subito dopo l'aborto soffrì di dolori lancinanti alle parti inferiori della spina e nell'addome, di premiti dolorosi nello sforzo della defecazione, e di perdita sanguigna continua, per cui era molto indebolita. Il medico curante le disse che aveva un tumore nell'utero. Coll'esplorazione si trovò l'utero assai abbassato, retroverso completamente, la bocca dell'utero diretta all'innanzi e a breve distanza dalla vulva. Pressochè subito dietro la bocca l'utero presentava un gonfiamento a forma di tumore globulare del volume di una piccola mela, elastico al tatto. Il canale della cervice era aperto tanto da lasciar passare senza difficoltà il dito. Introducendo la sonda uterina essa entrava colla concavità rivolta all'indietro per un tratto di 14 centimetri, e nel girarla, il tumore che prima si distinguova, spariva completamente (*). La paziente fu tenuta al riposo del letto, le fu concesso un po' di vino e dieta carnea, e l'emorragia cessò, il canale cervicale si contrasse sotto l'uso della segale cornuta, quantunque tal rimedio non provocasse azione uterina alcuna apprezzabile. Prese dapoi i preparati di ferro, e cominciò l'uso della doccia fredda all'utero da cui aveva già avuto molto vantaggio, sebbene il viscere non fosse molto diminuito di volume: il manifestarsi del vajolo nel comparto mi obbligò a dimetterla diciotto giorni dopo il suo ingresso. La rividi tre mesi dopo; la di lei salute aveva molto migliorato, ma si lagnava di profusa mestruazione ritornando ogni 15 giorni: l'utero ora retroverso, sebbene molto più piccolo di prima. Dopo poco più di tre anni la mi capitò ancora, avendo in tale frattempo abortito parecchie volte ai primi periodi di gestazione. L'utero era ancora retroverso e gli aborti probabilmente dipendevano dall'essere il viscere trattenuto in tal posizione non naturale da aderenza. Era però molto diminuito in volume, ed appena più grande di un utero sano.

Oltre questa forma di ingrossamento uterino per difetto di invo-

(*) Il dottor Matteo Duncan (*Edinburgh Monthly Journal*, giugno 1856, pag. 1057) descrisse alcuni casi in cui egli crede, che indipendentemente da qualsiasi malattia dell'utero, esistesse uno stato di apertura non naturale della tuba falloppiana da un lato, che lasciava penetrare la sonda uterina per qualche pollice. Tale stato, però, che è probabilmente assai raro, non può facilmente esser confuso coll'allargamento del corpo dell'utero, giacché l'esplorazione ordinaria vaginale ci farebbe subito conoscere se l'organo è più grosso e pesante e meno mobile del naturale; condizioni che non si verificarono nei casi di tube falloppiane dilatate riportati dal dottor Duncan.

Inzione ve n'ha un'altra che s'incontra talvolta, sebbene molto meno di frequente, in cui l'*ingrossamento dell'utero* avviene indipendentemente da pregresso gravidanzae, ed è il risultato di *genuina ipertrofia*. Casi di questa specie, da me veduti esclusivamente in donne da tempo più o meno lungo maritate senza figli, si presentano molte volte senza una storia definita della loro origine; un senso di peso nella pelvi, comunemente di natura bruciante, ed emorragie avvenute gradatamente e di gravezza lentamente aumentante, attiravano l'attenzione dello pazienti (talora dopo il lasso di qualche anno). I rapporti sessuali eccessivi o intemperanti non ne erano la causa, sebbene traggano seco una propria soquela di mali; ma in molti casi pareva vi fossero buone ragioni per associare tale condizione coll'imperfetto esercizio di quella funzione, e talora le prove erano concludenti che il caso era proprio così.

Conobbi anni fa una signora di 43 anni, che, maritata da 13 anni, non era mai stata incinta. Aveva sempre mestruato penosamente e piuttosto profusamente, ed ambo questi mali eransi fatti gradatamente peggiori, ciò specialmente nei pochi ultimi mesi. Appena tentava di camminare, lagnavasi di senso di peso e stiramento, indotti talora anche dal lungo star seduta. V'era coprostasi e difficile defecazione. La mestruazione ora assai profusa, con perdita di coaguli, mentre durante quella ad intervalli irregolari sopraggiungevano parossismi assai violenti di dolore uterino. All'osplorazione esterna si sentiva distintamente al di sopra della sinfisi del pube l'utero ingrossato quanto due pugni, e dalla vagina si trovò tutto l'organo molto aumentato di volume e più pesante del naturale, il collo largo e grosso ma non indurito, la bocca dell'utero piccola e circolare, e l'*imene intatto*.

Il riposo, l'attenzione alle funzioni intestinali, il sanguisugio locale ogni 15 giorni continuato per mesi, assieme ad attento uso di preparati di ferro combinato a piccole dosi d'ioduro potassico, furono seguiti dalla graduale soppressione della menorragia, da gran diminuzione di tutte le sensazioni dolorose, e da rimarchevole diminuzione di volume dell'utero. Credo inoltre che in molti casi un simile piano di cura, coadiuvato naturalmente dalla separazione temporaria del marito, sarà seguito da miglioramento e da completa guarigione della paziente, se continuato con costanza per un tempo abbastanza lungo. Nel caso ora riportato, l'età della paziente e il numero di anni da che era già maritata, mettevano fuori di questione la possibilità e almeno la probabilità che potesse esser incinta. Uno stato di cose alquanto simile si osserva talvolta in donne più giovani e pochi mesi dopo il matrimonio; e sarà vostro dovere in questi casi di informarvi dello stato della potenza virile del marito, e forse anche di dare suggerimenti. Bisogna che vi ricordiate che non solo il vecchio dissolto, ma anche il sodo studioso, o l'uomo che condusse a lungo vita di perfetta castità, hanno spesso debole la forza sessuale. Tale individui prendono moglie; l'ansietà d'aver figli, o ta-

luno di quei sentimenti complessi, che si manifestano ad un tratto in tutto ciò che concerne le funzioni generative, li spingono a troppo frequenti tentativi di coito. L'atto si compie imperfettamente, l'apprensione nervosa conduce a conati ancor più frequenti ed a più incompleto compimento di essi, ed amenochè per buona sorte abbia luogo la fecondazione subito dopo il matrimonio, si induce uno stato di congestione uterina permanente che conduce all'ipertrofia dell'organo, e la moglie diventa inetta a concepire, come il marito è inetto a fecondare. Ma abbastanza ho detto circa argomenti che volentieri non avrei toccato; il vostro buon senso vi suggerirà qual consiglio dare, e il vostro buon genio vi dirà il miglior modo di darlo.

Dovrò ripetutamente nel corso di queste lezioni parlare dell'ipertrofia d'utero, come risultato secondario di molte altre affezioni del viscere, ed accrescenti la difficoltà della loro cura. Se si formano dei tumori fibrosi entro la sua sostanza, l'utero aumenta di volume, e ciò in proporzione dell'intimità dei rapporti tra il corpo straniero e il tessuto dell'utero. Se l'organo discende più basso del naturale, il risultato dell'irritazione maggiore cui perciò soggiace, è l'ingrossamento, per cui aumentano le difficoltà alla cura del prolasso. In breve, qualunque volta l'utero è esposto ad irritazione anormale, aumenta di volume (44); non già necessariamente, nè io credo generalmente quale risultato d'infiammazione, ma perchè il viscere è composto di materiali di formazione, cui l'eccitamento di qualunque genere richiama ad attivo sviluppo, sebbene sia solo per lo stimolo di gravidanza, che lo sviluppo prosegue ad un fine ntile o raggiunge la sua piena perfezione.

Prima di passare ad altri oggetti mi rimane a dire di una forma di semplice ipertrofia uterina. È quella in cui l'aumento si limita

(44) Che il solo fatto della non abitudine dello stimolo che la copola porta all'apparato generativo femminile possa esser causa diretta di lenta metrite e di ipertrofia consecutiva, lo provano i fatti non infrequenti di spose, le quali, subito dopo il primo amplesso, in parte per gli infruttuosi e ripetuti assalti allo scopo di aprire la via, in parte per l'eccitamento stesso vascolare e nerveo che accompagna l'estro venereo, ne riportano sensibilità viva del basso ventre, senso di dolore movendo il passo o stando in piedi, tenesmo vescicale, mentre è impedito da questo stato locale qualunque ulteriore amplesso. S'aggiunga, che se la mestruazione non era molto lontana, è anticipata di qualche giorno in causa dello stesso stimolo, e viene così ad aggravare la condizione locale, e determinare un più vivo processo flogistico.

Eguale condizione può stabilirsi in un ovaio, direttamente, e senza che l'utero vi prenda parte; ed io ebbi occasione di verificare questo fatto in una giovane sposa svizzera, la quale superò un corso di ovarite lenta sinistra, e ne riportò ingrossamento di quest'organo, tuttora persistente nnicamente quale effetto del primo amplesso sessuale.

DE-CRISTOFORIS.

al collo dell'utero (*) e talora perfino interessa un sol labbro, in generale l'anteriore. In quest'ultimo caso è usualmente conseguenza di parto (45), ed è forse, strettamente parlando, piuttosto il risultato di deficienza parziale d'involuzione dell'utero, che l'effetto di genuina ipertrofia della parte (**). Quando prende tutta la cervice non pare dipenda da tal causa, giacchè lo riscontrai non solo in donne sterili, ma perfino in non maritate. La malattia sembra consistere in semplice sviluppo della parte, il collo dell'utero essendo in ogni altro riguardo sano al tatto, e la bocca dell'utero scevra di ogni traccia di malattia. L'aumento principale è nella lunghezza; la porzion vaginale invece di esser lunga 1 $\frac{1}{4}$ a 2 centimetri, misura 4, 5, ed anche 7 centimetri. Nei casi in cui l'allungamento della cervice è considerevole, l'utero discende nella cavità pelvica tanto che la bocca dell'utero viene a trovarsi appena dentro l'orifizio della vulva, od anche ne sporge fuori, dando origine a molti dei sintomi del prolasso, e venendo come tale riguardato dalle ammalate.

I sintomi ora ricordati sono quelli del prolasso, e consistono in un senso di peso e promito aggravato da ogni sforzo, od accresciuto anche dall'aumentato afflusso di sangue verso le pelvi ad ogni periodo mestruo. Tale stato e condizione presenta inoltre un impedimento meccanico ai rapporti sessuali, e l'incomodo provato una o due volte nell'atto sessuale fu la principal cagione per cui la paziente domandasse consiglio. Credo che sia pure causa talvolta di sterilità, probabilmente perchè l'organo maschile non viene a contatto colla bocca dell'utero, e perchè ne consegue difficoltà all'accesso del fluido

(*) Sebbene già avvertito dagli autori del continente, il dottor Every Kennedy fu il primo in questo paese a richiamare l'attenzione su quest'affezione in uno scritto pubblicato nel *Dublin Medical Journal* nel 1838.

(**) Vi sono due altre forme d'ipertrofia della cervice dell'utero, che considererò più sotto; l'una in cui l'allungamento del collo dell'utero è un effetto secondario del prolasso della vagina; l'altra in cui l'ipertrofia si limita pressochè alla membrana mucosa, e in cui l'escrescenza prende la forma di un polipo e fu descritta sotto tal nome. Vedi le lezioni sul prolasso e sul polipo.

(45) Tale ingrossamento, limitato al labbro anteriore, è l'effetto il più delle volte della pressione che esso ha dovuto subire nell'atto del parto fra la testa del feto ed il pube, discendendo e allungandosi sotto le contrazioni, in guisa talvolta da giungere quasi alla commissura superiore vulvare.

È un fatto non infrequente, dal quale può seguire talora anche processo necrotico del labbro anteriore: ehe se la pressione non fu tanto prolungata da indurre mortificazione, ne avverrà un processo flogistico lento, il cui risultato è l'allungamento e l'ingrossamento parziale di detta parte: dessa in tal caso appare rotonda, soda, da far sospettare che vi si contenga un tumoretto fibroso. La riduzione ne è sempre stentata e imperfetta, e le conseguenze ne sono la sterilità e i fenomeni parziali del prolasso.

DE-CRISTOFORIS.

fecondante nell'utero. Perchè ne derivi tale effetto bisogna che l'ipertrofia sia considerevole.

Non conosco altra cura per quest'affezione fuori che l'escisione di una parte dell'escrescenza superflua. Ma siccome tale stato produce più un incomodo, che un male serio, e siccome l'esportazione di parte della cervice dell'utero non è scevra di rischio, è più savio consiglio lasciare le piccole gradazioni d'ipertrofia senza intervento di cura. Anche quando il desiderio di aver figli spingesse la paziente a sottoporvisi, consiglierai di esser ben cauti nelle promesse fatte in rapporto a tal punto, perchè è assai possibile che esista qualche più profonda ragione della sterilità della donna, tale da non rimediarsi con processi meccanici.

Se si determina di far l'operazione, si mette la paziente sul dorso, e posta sotto l'influenza del cloroformio l'utero può facilmente esser tratto in basso con uncini ed escisa una porzione della cervice con forbice ottusa a curva o col mezzo dell'*ecraseur*. Quest'ultimo strumento sembra fornire una completa sicurezza contro quella imponente emorragia, tanto difficile a frenare col ghiaccio o cogli astringenti e perfino col miglior tamponamento della vagina, e tale da costituire uno dei grandi rischi dell'operazione (*). Il ricordo di questo accidente in due circostanze mi trattenne dal correre di nuovo lo stesso rischio; ma nella mia posizione all'Ospital San Bartolomeo, il signor Paget esportò da una mia paziente col mezzo dell'*ecraseur* una porzione di cervice d'utero ipertrofica, che aveva 4 centimetri di lunghezza e 7 centimetri e mezzo di circonferenza, e che pesava 45 gr. senza la perdita di una sol goccia di sangue. Il risultato di questo caso però non fu favorevole perchè ne accadde la morte per peritonite 15 giorni dopo; accidente a cui la malata era forse più esposta per la presenza di una grossa cisti grassosa dell'ovaia. La cisti però non sembra sia stata il punto di partenza del male, sebbene la sua esistenza si sarebbe considerata come completamente controindicante qualunque operazione sull'utero, se la costante protrusione della cervice dalle parti esterne non fosse stata causa di grave incomodo, impedendo quasi alla paziente lo star seduta. Sebbene esito non frequente dell'ablazione del collo dell'utero, la peritonite è però, come lo mostrano anche i casi di Lisfranc, un pericolo da non trascurarsi. Resta all'ulteriore osservazione il determinare se il rischio del suo manifestarsi sia aumentato sostituendo la lenta operazione coll'*ecraseur* alla pronta amputazione della cervice con uno strumento ben tagliente (46).

(*) In riguardo a questo vedi le osservazioni di Pauly (pag. 473, *Maladies de l'utérus*, etc. Parigi, 8.^o, 1836.

(46) L'*ecraseur* nell'amputazione non manca di inconvenienti che debbono esser ricordati: prima di tutto la difficoltà di tenere la catena precisamente

Dallo studio di semplici errori di nutrizione conducenti all'ampliamento dell'organo, è facile la transizione all'esame degli effetti in esso prodotti dall'infiammazione.

Parlando dell'utero, però, molte circostanze rendono questo studio particolarmente difficile. Sebbene lo si consideri come un organo unico, è però composto di parti che molto differiscono fra loro per struttura e funzione, e che hanno tendenze assai diverse a malattia, mentre queste tendenze variano ad epoche differenti secondochè le più alte funzioni degli organi sessuali furono di recente messe in attività, o non lo furono mai, o secondo che il periodo del loro eser-

nel punto in cui si vuole che cada la sezione: secondo la eventualità che porzioni maggiori del necessario vengano comprese nel taglio quasi per stiramento facilitato dalla mobilità e discesa del viscere sotto i movimenti della catena: in fine la lenta guarigione per granulazione della superficie escisa. Sims cita un caso in cui nella catena si insinò lentamente la parte alta del collo, indi l'inserzione della vagina su di esso, derivandone una larga apertura d'onde si penetrava nel ventre.

L'inconveniente dell'emorragia rimproverato all'escisione con istrumento tagliente manca nei casi di allungamento ipertrofico del collo uterino, in cui il tessuto è anzi divenuto rigido, e meno vascolare a motivo della ipertrofia del cellulare interstiziale che strozza, per così dire, i vasi e rende anemica, in confronto del restante, la porzione cervicale.

Che se l'allungamento di questa è dovuta a degenerazione fungosa, cancroide e varicosa, allora certamente l'emorragia deve essere paventata e prevenuta a mezzo dell'escisione lenta coll'*ecraseur*.

Lisfranc operò col coltello 87 escisioni di collo ed ebbe due sole vittime. Huguier ebbe parimenti 30 successi completi su altrettanti casi. Sims ha perduto una sola ammalata su cinquanta operate.

Sims e Barnes hanno più volte praticate queste operazioni senza accidenti e colla guarigione ancora della sterilità. La forma così detta conica di allungamento del collo è l'indicazione più frequente dell'amputazione che si compie, sia con un bisturi curvo, sia coll'*ecraseur*, sia coll'istrumento di Meyer costruito da Charrière, che è in tutto simile al tonsillotomo, e che taglia e tiene fisso il collo uterino nel medesimo tempo (fig. 18). Recentemente il dottor Roberto Barnes (*Lancet*, 15 luglio 1865. *De la dysmenorree, de la menorrhagie, etc.*) parla della conicità del collo e dell'escisione, ma come cura della sterilità, e raccomanda un suo istrumento che incide l'orificio uterino ed apre la cavità del collo dopo aver preso fra due lame la porzione di collo che si propone di dividere.

Quando la ferita guarisce per seconda intenzione, occorrono almeno da 4 a 6 settimane; egli è perciò che Sims pensò di coprire la superficie cruenta con due pieghe della mucosa vaginale lasciando una rima fra di esse in corrispondenza del lume del canal cervicale, al che provvede con 4 fili d'argento che si annodano, come vedesi nella fig. 19. Segue sempre un po' di stringimento dell'orificio, e in generale vale meglio, due o tre mesi dopo, aprire con un'incisione l'orificio ed il collo agendo alla stessa guisa che descrissi nella Nota 39. Cercando di tener aperto l'orificio colle candelette, si ritarda la cicatrizzazione.

DE-CRISTOFORIS.

cizio sia di già trascorso. Dippiù, i fatti d'anatomia patologica, i quali correggono tanti errori negli altri rami delle ricerche mediche, poco giovano nel caso di malattie, che al pari delle affezioni infiammatorie dell'utero non fecondato, di rado menano ad un fine fatale; cosicchè corriamo sempre pericolo di errare prendendo apparenze pseudo-morbose per alterazioni serie, o di esagerare l'importanza dei cambiamenti reali di struttura. Inoltre l'ufficio dell'utero nella condizione di vacuità è così umile, e le sue funzioni sono così limitate, che i sintomi dei loro disordini devono essere molto identici fra loro, e il disturbo di mestruazione, l'anmento o l'alterazione della secrezione naturalmente scarsa fornita dalla sua membrana mucosa, si riscontrano egualmente in molte affezioni diverse. I nostri mezzi per esaminare la condizione dell'utero sono pure assai imperfetti, paragonati con quelli che possediamo per investigare lo stato di altri organi, d'onde nasce spesso la questione se i segni di malattia che scopriamo siano causa di sintomi, o l'indizio di altri cambiamenti più importanti; o se non sono nè l'uno nè l'altro, ma paramente casuali concomitanti di mali più gravi, sulla cui natura o grado non possiamo da essi dedurre conclusione alcuna. Da queste circostanze ne avvenne, che le malattie infiammatorie dell'utero sono tuttora soggetto di opinioni divergenti, che molte cose che a me possono parer vere in loro riguardo, saranno in opposizione inevitabile con quelle che si insegnano da altri, e che d'ora innanzi, la vostra propria esperienza può condurvi a conclusioni differenti su molti punti.

Prima di entrare su terreno discutibile, però, posso dire poche parole concernenti l'*infiammazione acuta dell'utero non gravido*, malattia che universalmente si ritiene rara. Io l'ho per altro veduta invadere con gran forza nel decorso della gonorrea, e credo che non solo in questo caso ma anche nella generalità l'infiammazione comincia nell'interno dell'utero, d'onde si estende all'esterno, sebbene l'involucro esterno che avvolge la sostanza muscolare dell'utero in grado molto minore che la membrana interna. Infatti, l'infiammazione della membrana mucosa dell'utero tende più a propagarsi lungo le tube falloppiane ed interessare il peritoneo, che non ad attaccare la sostanza dell'organo; e sebbene talora si formino degli ascessi come effetto secondario della malattia, questi sono pure quasi sempre situati nel tessuto cellulare della pelvi, o nello duplicaturo del legamento largo e quasi mai nella parete propria uterina. Quest'affezione non solo è poco frequente ma ancor più di rado mette a pericolo la vita, e il solo caso che io abbia veduto nel cadavere di utero non gestante in uno stato di infiammazione acuta, fu quello di una signora che morì di peritonite, di cui non si potè assegnare la causa durante la vita. All'esame però fu trovato l'utero molto ampliato, e un tumore fibroso del volume di un ovo di gallina era incastrato nella parete posteriore. Tanto il tumore come le paroti ingrossate dell'utero erano di una tinta rosso-vivo e presentavano una sensibile abbondanza d'nmori. La cavità del viscere era dilatata e conteneva 30

grammi almeno di pus, che sembrava esservi trattenuto dalla piegatura del corpo sul collo dell'organo, mentre la sua membrana interna aveva esattamente l'apparenza di un brillante velluto rosso, carattere che si perdette però affatto per lunga immersione nello spirito.

Parlai della diffusione dell'infiammazione gonorroica come causa dell'affezione; la subitanea soppressione dei mestruî può ugualmente produrla, come pure i non abituali e intemperanti rapporti sessuali (47), mentre dopo un attacco l'utero è spesso lasciato in condizione in cui cause comparativamente leggieri bastano a riprodurla. I sintomi che l'accompagnano sono un senso di dolore e di peso nella pelvi, percezione di calore, o pulsazione, e gran sensibilità al pube. Il dolore s'irradia giù lungo le coscie, aggrava si sotto gli sforzi, col sedere su duro sedile, nella defecazione od in qualunque tentativo di rapporto sessuale; mentre in questa come in molte altre affezioni dell'utero, v'è spesso maggiore o minore irritabilità di vescica e frequente bisogno di urinare; l'urina in generale è assai colorata quantunque emessa senza dolore. Un altro sintomo non affatto particolare di quest'affezione, sebbene si osservi durante il suo decorso in grado assai distinto, è l'occorrere ad intervalli irregolari di esacerbazione a parossismo di dolori assai forti della durata di una o due ore, che cedono per ritornare di nuovo pure senza causa entro 12 o 24 ore. Associati a questi accessi di parossismi dolorosi, e talora occorrenti indipendentemente da essi, sebbene di solito accompagnati da molte sofferenze, si hanno attacchi di diarrea, durante i quali la paziente ha 10, 12 evacuazioni acquose in altrettante ore; dopo di che l'intestino diventa costipato e rimane tale per due o tre giorni. Al principio dell'invasione non v'è perdita vaginale, ma in un giorno o due finisce un'abbondante secrezione puriforme o sieropuriforme, spesso di odore ributtante e non di rado leggermente tinta di sangue. All'esame vaginale trovasi sempre calore accresciuto delle parti con sensibilità che giunge a forte dolore toccando l'utero,

(47) Nell'inculpare l'intemperanza del coito quale causa di metrite, io penso si sia assai esagerata la verità di fatto, giacchè se questo fosse, le meretrici dovrebbero dare il numero maggiore di lente infiammazioni uterine. Ma non è così, anzi si può ritenere che l'estro venereo valga più che l'atto meccanico, più che il trauma, a destare simili processi dell'utero.

Mi conferma in questa idea il vedere l'eguale risultato morboso nelle ninfomanache, nelle quali o l'utero o le ovaie facilmente finiscono coll'ammalarsi. Infatti, l'eccitamento nervoso, l'eretismo dei tessuti contrattili di cui è ricco l'apparato sessuale, non possono a meno che indurre un afflusso di sangue ad ogni volta che per qualunque modo la donna raggiunge l'estro venereo; congestione che ripetendosi di frequente, anco senza che venga urtato l'utero, potrà alla fine condurre a vero processo flogistico.

DE-CRISTOFORIS,

mentre ponno sentirsi pulsare con molta forza i vasi della cervice; e l'utero si trova più pesante del naturale, e in molti casi evidentemente aumentato di volume. La sensibilità del viscere mi condusse a sempre astenermi da ogni tentativo di misurarlo col mezzo della sonda uterina, ma mi è facile il tenere per vera la relazione del defunto professore Kiwisch, che dice d'averne trovata la cavità da 5 ad 8 millimetri più lunga del naturale (*).

La somma di disturbo costituzionale e di sofferimento locale varia grandemente ne' diversi casi, sebbene, eccetto quando vien preso il peritoneo, accada di rado che i sintomi sieno tanto imponenti da giustificare qualunque grave apprensione circa la guarigione definitiva della malata. Oltre la sopravvenienza della peritonite, vi sono pure due altri pericoli, contro cui importa di star in guardia durante tutto il corso di quest'affezione. L'uno che l'ovario o il legamento largo venga attaccato dall'infiammazione; accidente che assai probabilmente termina col formare ascessi; l'altro che la malattia acuta passi allo stadio cronico o subacuto, in cui le sofferenze sono molto minori, ma è ancora minore la prospettiva di una cura permanente; al qual ultimo risultato pare tendano naturalmente tutti i casi di infiammazione acuta dell'utero se lasciati a sè, o non adeguatamente curati.

Il trattamento di questi casi è abbastanza semplice, le indicazioni assai chiare, e gli errori che si commettono consistono di rado nel fare ciò che non si deve, ma piuttosto nell'usare mezzi inadeguati a raggiungere il giusto fine. Alcuni precetti sono così semplici, e la loro necessità così ovvia che sembra quasi superfluo l'insistervi. Il riposo a letto nella posizione orizzontale, una dieta semplice, un regime antiflogistico e l'astinenza dal rapporto sessuale (che appena merita sia ricordato, perchè invero ordinariamente troppo doloroso a compiersi) sono essenziali alla guarigione dell'ammalata. I palliativi però non bastano alla cura ma bisogna subito debellare l'infiammazione energicamente, e credo che la deplezione non possa mai intralasciarsi. In generale, per vero, non è necessario ricorrere a deplezione generale, ma la locale è invariabilmente indicata, e ad onta della sensibilità delle parti che fanno la paziente ritrosa all'introduzione dello specolo o del tubo delle mignatte, si ha maggior vantaggio dall'applicazione di 4 a 6 sanguette direttamente all'utero, che da un numero quadruplo all'ipogastrio, o all'inguine. Pure quando il disturbo costituzionale è considerevole, o il patimento locale assai grave, credo miglior consiglio il trarre una piccola quantità di sangue dal braccio prima di ricorrere alla sanguigna locale. Credo abbiate notato come l'applicazione di mignatte all'addome sembrò aggravasse i sintomi in un caso di peritonite, mentre li tolse affatto in un altro, e credo abbiate pure rimarcato che nell'ultimo caso il sanguisugio fu preceduto dalla sanguigna generale, mentre che nel primo caso si tentò la deplezione locale in sostituzione alla generale.

(*) *Klinische Vortrage, etc.*, 1 vol., 4.^a edizione. Praga, 1854, pag. 578, § 249.

La stessa cosa osservai in casi di infiammazione uterina, e conobbi l'applicazione delle mignatte all'utero indurre un parossismo di angoscia quasi intollerabile, quantunque lo stesso mezzo usato dopo il salasso generale avrebbe migliorato un attacco di malattia meno grave ed anche in quel caso avrebbe ottenuto la guarigione perfetta dell'ammalata. Nei casi in cui trovate dolor forte manifestarsi nell'applicazione delle mignatte all'utero, vi consiglierai a levare le sanguette, e ritirare il tubo il più presto possibile. Il perseverare nel tentativo condurrà solo ad un violento attacco di dolore. In qualunque caso poi in cui colla deplezione locale dell'utero si induca dolor violento, è espediente da non avventurarvisi subito di nuovo, ma sostituirvi l'applicazione di 4 a 6 sanguisughe all'ano, che traggono più sangue, e apportano maggior sollievo effettivo all'organo che un doppio numero applicato all'ipogastrio o agl'inguini (48).

Dopo la deplezione, dovete principalmente far conto sul semicupio tepido e gli anodini. Non ripeterò, a proposito del valore comparativo dei diversi rimedii di questa classe, le osservazioni che feci quando parlai della dismenorrea, ma v'è una medicina di molto servizio di cui non feci cenno; la belladonna. Siccome la forza dell'estratto varia grandemente, è bene cominciare da piccola dose, un centigrammo combinato a 15 centigrammi di canfora, da ripetere ogni 4 ore accrescendo la dose qualora non produca effetto dannoso. Un altro mezzo che riuscì assai utile talora ad alleviare il dolore in casi simili, consiste nell'applicazione di una poltiglia di seme di lino, in cui si mescoleranno grammi 30 di laudano, e che coperta al di fuori con tela cerata o guttaperca (come si dovrebbe fare con tutti i cataplasmi) si mantiene calda per molte ore; con essa si arreca molto sollievo e quanto se ne procura da una dose d'oppio, senza le spiacevoli conseguenze di quest'ultimo (49).

(48) È abbastanza proficua anche la sanguettazione al *pudendo esterno*, appena oltre l'ostio vaginale, e quella al *perineo*, a motivo delle molteplici comunicazioni in cui si tengono fra di-loro i rami venosi superficiali di questi punti coi plessi venosi interni viscerali. Tanto la sottrazione all'utero che quelli al perineo e all'ostio vaginale saranno *sempre* da preferirsi a quella praticata all'ano, giacchè lo sgorgo diretto del sistema della vena porta induce facilmente deliquio ed è male sopportata da soggetti deboli, quali sono spesso le pazienti di tali-forme.

DE-CHRISTOPHIS.

(49) Ai cataplasma caldi io preferisco sempre l'applicazione del freddo che faccio fare con pannolini ripiegati a più doppi intrisi in acqua gelida, ben ritorti e ricambiati appena che si riscaldano. Da più anni io ho adottato questa pratica per le peritoniti, le metriti, per tutti i processi acuti infine del basso ventre, ed è tale e tanto il beneficio che ne ho sempre ricavato che non esito a chiamarlo sovrano rimedio, sostituito alla sanguettazione ed a tutte le applicazioni anodine che si insegnano come vantaggiose in simili casi. Nessun'altra medicazione infatti quando il freddo scema in così breve la tensione intestinale socia alle flogosi dell'apparato genitale, il do-

Quello stato irritativo delle intestina che origina dagli accessi occasionali di diarrea vien meglio frenato da piccole dosi di mercurio con creta e polvere di Dover due volte al giorno; mentre gli accessi ed i parossismi di dolor uterino sono più prontamente frenati da clisteri oppiati.

Non si ponno dar regole circa il ripetere la deplezione, o circa la misura a cui portare le sanguigne, giacchè tali quistioni devono essere determinate in ogni singolo caso dietro l'urgenza dei sintomi. Se il dolore ha sede nell'una o nell'altra regione iliaca, ed ancor più se in tal situazione v'è gonfiamento distinto od anche un senso di pienezza, può ritenersi che l'ovario è la sede di infiammazione e allora bisogna applicare le mignatte esternamente in numero di 8 a 12 e ripetere una o due volte coll'intervallo da un giorno a due, finchè ogni notevole sensibilità sieno scomparse (50). A togliere in seguito ogni dolore e sensibilità mi parve assai utile l'applicazione successiva di piccoli vescicanti sulle parti dolenti, e credo che il loro ulterior buon effetto sia di ridurre il volume dell'ovario ingrossato. Usai allo stesso scopo talora una pomata di 12 grammi di unguento mercuriale, 2 grammi di canfora, e 4 grammi di estratto di belladonna, che si sfrega sul lato affetto due volte al giorno; sebbene d'ordinario io limiti l'uso dei mercuriali ai casi in cui la malattia sembra passare allo stato affatto cronico, nel quale sono facili a so-

lore muto continuo ed il dolore acuto intereorrente. Aggiungasi il benefizio della sottrazione grande di calore a sollievo e diminuzione della febbre. Nè si tema usarlo anche nelle flogosi uterine, peritoneali e pelviche nello stato puerperale: anzi i lochii cessati bruscamente all'iniziarsi del processo flogistico si vedranno tosto rifluire per la rinnovata contrazione della fibra uterina in conseguenza del freddo a tutto vantaggio dello sgorgeo del viscere e del suo volume. Ho trovato rare volte soggetti che non tollerassero l'applicazione fredda, per una idiosincrasia inesplicabile obbligandomi a conceder loro il cataplasma caldo. Le malate in genere rifiutano alla prima tale medicazione, un po' per l'impressione disgustosa, un po' per l'inabitudine e poca confidenza in questo mezzo. Un po' di pazienza, qualche parola persuasiva, l'iniziare il trattamento di propria mano, mostrarsi nella giornata a vigilarne l'andamento e gli effetti, valgano a trionfare del pregiudizio e della ripugnanza.

Poche ore bastano a convincere voi stessi e la malata dell'utilità del freddo, ed io insisto a che ogni medico smetta la imperdonabile servilità all'abitudine, alla vecchia pratica, all'insegnamento antico, e confidi pienamente in questo potentissimo mezzo.

DE-CRISTOFORIS.

(50) Anche nel caso di flogosi delle dipendenze uterine o di fleumone del cellulare pelvico, accompagnanti la metrite od isolati, io preferisco l'applicazione delle mignatte in vagina, volgendo lo speculum verso il lato del fondo cieco vaginale al quale corrisponde il processo flogistico (se unilaterale) e ne ho sempre un vantaggio di gran lunga superiore a quello che dà la sanguettazione sulla parete addominale od all'inguine.

DE-CRISTOFORIS.

praggiungere l'ingrossamento permanente dell'utero e l'indurazione del suo parenchima. In tali casi è spesso assai benefica una mite cura mercuriale accuratamente condotta, essendo alle altre preparazioni di mercurio preferibile il bicloruro che irrita meno facilmente l'intestino o le gengive, e che è affatto compatibile col piano di cura generalmente tonico richiesto di solito dallo stato della paziente.

In ultimo sono a farsi due altre osservazioni. Primo, che un grado considerevole di sensibilità uterina rimane spesso per molto settemane quando l'organo fu sede d'infiammazione; il che non di rado rende l'amplesso sessuale assai doloroso, talora pressochè impossibile. Ciò non deve peraltro indurre inquietudini, perchè tende a scomparire a gradi; bisogna quindi confortare la paziente con tale assicurazione. Secondo, che non vi è dato, dopo un attacco di infiammazione uterina, di sorvegliare abbastanza attentamente la vostra paziente durante il primo od i primi due prossimi periodi mestruali. A queste epoche di congestione degli organi sessuali esiste il gran pericolo che il fuoco, forse semplicemente soffocato, si riaccenda; mentre che se la vostra paziente passa felicemente tale processo, potete esser fiduciosi che non solo fu tolto il male recente, ma che non sono rimaste indietro cattive conseguenze.

LEZIONE VII

STATO INFIAMMATORIO DELL'UTERO.

Infiammazione cronica. Differenze d'opinioni quanto alla sua frequenza. — Influenza della scoperta dello specolo sulle opinioni a riguardo di essa. — Divergenza di vedute quanto alla frequenza di malattia uterina primaria; ragioni per adottare il lato affermativo della quistione.

Teoria della dipendenza di pressoché tutte le malattie da infiammazione della cervice ed ulcerazione della bocca. — Descrizione dei caratteri delle ulcerazioni — influenza di tale opinione sulla pratica; discussione sulla sua esattezza e ragioni per rifiutarla. — Dannosa natura della pratica cui tale opinione conduce; spiegazioni ed indicazioni.

Dall'affezione comparativamente rara, l'infiammazione acuta dell'utero non gestante, che occupò la nostra mente nell'ultima lezione, passiamo per facile e naturale transizione allo studio dei casi, in cui l'infiammazione di carattere più cronico attacca il viscere o rimane dopo la cessazione della condizione attiva o acuta. Venti anni fa, tale argomento poteva trattarsi brevemente, ed essere presto esaurito; ma al presente non può sorpassarsi in tal modo. Ora da molti autori si considera l'infiammazione dell'utero come la più frequente delle malattie dell'utero, le sue conseguenze così lunghe da persistere per molti anni a disturbarne le funzioni, ad alterarne la tessitura, ed i suoi cattivi effetti di durata più lunga dello stesso periodo di attività sessuale. Quest'opinione poi che tende a produrre una completa rivoluzione nella teoria e nella pratica delle malattie uterine, è sostenuta da persone la cui autorità merita tal peso, è afforzata da argomentazioni che sembrano così plausibili, è suffragata dal richiamo di tanta vasta esperienza, che se non ci obbliga subito ad accettarla, almeno non può rigettarsi senza molta considerazione e diligente esame.

Perciò contro voglia mi trovo costretto ad abbandonare l'esposizione di verità generalmente ricevute, che è lo scopo principale e

che costituisce la grande utilità dell'insegnamento elementare, per porvi davanti le opposte vedute, le dichiarazioni contrarie, ed indicarvi le ragioni per le quali mi sembra erronea questa opinione, e non buona la pratica che su di essa si fonda.

È però un assunto nè molto breve nè molto facile. Anzi non posso abordarlo senza domandarvi un'occhiata retrospettiva allo stato delle cognizioni 30 a 40 anni fa circa la struttura, le funzioni e le malattie dell'utero. È solo con un giusto apprezzamento dello stato della scienza d'allora, che potrete comprendere come i suoi recenti progressi abbiano pure dato luogo a così diverse divergenze di opinione, come una scoperta troppo valutata ed un'altra meno, abbiano probabilmente giovato al progresso dell'errore piuttosto che a quello della verità; o quanto meno le abbiano meschiate assieme in tale confusione, da abbisognarci maggior luce per districarla.

Solamente 30 anni fa non si conosceva correttamente nè la tessitura nè le funzioni degli organi del sesso. Si sapeva bene che l'utero era muscolare; ma nè il processo per cui la sua muscolarità si fa così marcata nella gravidanza, per cessare di essere distintamente apparente subito dopo il parto, nè la natura intima del suo parenchima nello stato vergine, erano stati l'oggetto di ricerche. Si vedeva che l'interno del suo collo era tappezzato da una membrana disposta a pieghe, tra le quali si mostravano in grande abbondanza piccole glandule o follicoli, ma l'esistenza di una distinta membrana interna della sua cavità si deduceva più dal risultato di osservazioni in qualche forma morbosa, di quello che si dimostrasse coll'esame anatomico nello stato sano. Sebbene in massima si conoscesse la struttura delle ovaja, pure non era stato scoperto l'ovolo dell'ovario; e si supposeva che la funzione degli ovarii fosse messa in esercizio solo sotto lo stimolo dell'atto sessuale. Da qui ne risultava che il significato della mestruazione era un enigma non spiegato, e solo si sapeva di certo che era una funzione avente un rapporto importante, ma indefinito, coi processi generativi.

Quando la cognizione della tessitura sana e della funzione naturale è difettosa, la cognizione della struttura ammalata e della funzione pervertita deve esser pure imperfetta. Si suppose che un organo d'un tessuto così compatto, qual'è l'utero vuoto, fosse poco soggetto all'infiammazione ed ai processi affini, sebbene si concedesse che in qualche raro caso il collo dell'utero ne fosse la sede. La membrana interna, supposta rudimentale nell'utero vacuo, non si credeva meritare considerazione come substrato possibile di malattia: o le perdite leucorriche, che si credevano quasi sempre date dalla vagina, si riguardavano d'ordinario come conseguenza ed indizio di debolezza generale. Non si differenziavano debitamente le varie produzioni morbose: si ammetteva che lo scirro, malattia assai rara, fosse assai frequente; e venivano attribuite ad esso tutte le affezioni croniche del collo dell'utero con indurimento e ingrossamento della sua sostanza.

In tale stato della scienza, quando l'osservazione urtava sempre con opinioni preconcepite, Recamier pel primo pensò di usare uno strumento (*), lo specolo, per l'applicazione più conveniente di rimedii locali alle ulcere caucrose dell'utero. Il suo uso però non si limitò a lungo a tale scopo; giacchè i pratici trovarono che per suo mezzo potevano scoprire varie condizioni morbose dell'utero previamente sconosciute, alle quali era ben naturale che annettesero importanza, come causa probabile di molti sintomi prima inesplicabili.

Infatti per suo mezzo fu subito decisa una quistione importante; giacchè fu accertato che le perdite leucorroiche derivano in gran parte non dalla vagina ma dall'utero, che si associano a varie parvenze morbose del suo orificio, e che talvolta almeno venivano guarite con rimedii diversi diretti a quella parte od al collo dell'utero. Finchè si credette che l'interna membrana del cavo uterino nello stato di vacuità si trovasse in stato puramente rudimentale, era naturale che si desse un'importanza esagerata alle varie apparenze morbose dell'orificio e della cervice dell'utero; e finchè si credette che gli ovariî fossero posti in attività solo al momento del rapporto sessuale, era da aspettarsi che la loro parte nella produzione di fenomeni morbosi fosse ben poco valutata. L'ignoranza in riguardo a questi punti era ugualmente comune ai sostenitori ed ai detrattori dell'uso dello specolo, e in simili circostanze era poco probabile che le loro controversie conducessero a qualche risultato soddisfacente.

Non dobbiamo meravigliarci infatti che i disputanti d'ambo i lati, così mal preparati ad un dibattimento, avessero impiccolita tanto la quistione da ridurla a quella del dettaglio riguardante l'opportunità di usare uno strumento, che alcuni dicevano importantissimo, mentre altri lo dicevano inutile, dannoso, e perfino immorale. Per noi, che abbiamo il vantaggio delle nuove cognizioni di scienza fisiologica aggiunte nell'ultimo quarto di secolo, è ovvio, come il soggetto che dobbiamo considerare sia assai più esteso della semplice convenienza di adottare o rifiutare un dato mezzo di diagnosi e un dato metodo di cura, come interessi realmente l'opinione nostra in riguardo ai sommi principii di patologia uterina. Sotto tal punto di vista, ciò che a tutta prima sembrava una indagine oziosa o triviale, prende ad un tratto una grave importanza, e merita, io credo, la vostra più seria attenzione.

L'origine costituzionale di malattie locali ha fino dai tempi di Hunter, occupato, e per a ragione, la maggior attenzione dei migliori pratici di medicina, e col progresso delle cognizioni troviamo essere più e più estese la simpatie per cui sono assieme legati il benessere

(*) Però non assolutamente il primo, secondo Henning, *Der katarrh der Weiblichen Geschlechtstheile*, Lipsia, 1862, pag. 89, perchè il primo suggerimento fu dato da Bozzini in un'opera pubblicata a Weimar nel 1806, sebbene la forma del suo specolo fosse tale da privarlo di ogni utilità pratica.

di tutto l'organismo e quello delle sue singole parti. Illustrazioni di un tal fatto abbondano nelle precedenti lezioni, e vedemmo come l'eccesso del sangue, o la sua deficienza, o l'alterata sua qualità possano indurre menorragia, o rendere scarso il flusso mestruo, o come altri mali più complessi possano avere un effetto simile, o possano perfino esser causa che la funzione si compia con una soma non comune di dolore. Ma molti pratici, e specialmente coloro che respingono i nuovi modi di investigare le malattie uterine, e che fanno poco conto dei fatti che tali modi hanno rivelato, o rilevato meglio di prima, applicano una tale spiegazione a pressochè tutte le malattie dell'utero, asserendo che il male uterino è in generale preceduto da disordine costituzionale e dipende in gran parte da esso, e che di conseguenza il trattamento deve di quest'ultimo occuparsi specialmente e del primo solo subordinatamente (*).

V'è pure un altro modo di vedere in diretto antagonismo a questo, e che considera il male uterino come il primario e più importante in quasi ogni caso, e secondo il quale la malattia locale è tutto, e il disordine costituzionale null'altro che la sua necessaria conseguenza. L'influenza di queste ultime opinioni si mostra nella pratica di coloro che sono sempre alla ricerca di una causa meccanica della dismenorrea, e spesso incidono o dilatano la cervice dell'utero per la sua cura; che ripetono i mali più gravi da leggieri spostamenti d'utero, e vi introducono strumenti nell'interno per correggere la sua mala posizione, o che infine in qualche liove e limitata anomalia della mucosa della bocca dell'utero trovano una adeguata spiegazione dei mali più varii e lontani, e che sempre adottano (come i loro oppositori evitano con ogni studio) il trattamento locale per la cura dei disordini uterini.

Avrò presto occasione di mostrarvi quali, a mio credere, siano i difetti di quest'ultimo modo di vedere, ma prima ho d'uopo di richiamarvi certe considerazioni, che devono, come credo, prevenirvi dal dare assenso implicito ai primi, giacchè rendono probabile che l'utero forse più spesso d'ogni altro viscere del corpo, debba esser sede di certe forme di male locale, e richiedere conseguentemente l'uso frequente di rimedii locali.

Non sarebbe facile immaginare uno stato di cose più favorevole alla produzione di malattie che dipendono da congestione venosa, od in cui tali mali sieno più difficili di cura, o più facili a riprodursi, di quello che si osserva nel caso dell'utero durante tutto il periodo di attività delle forze generatrici. Il ritorno del sangue dal viscere alla parte inferiore del tronco reso difficile dalla posizione di quello, è ancor più impedito dalla mancanza di valvole nelle sue vene, mentre ogni mese, per alcuni giorni di seguito, quest'organo e le sue dipen-

(*) Una serie di abili scritti applicati all'esposizione di queste vedute fu pubblicata dal dottor F. W. Mackenzie nel vol. 3 e 4 del *London Journal of Medicine*, pel 1851 e 1852.

denze sono le parti verso cui il sangue accorre in abbondanza (51). Durante tale periodo la naturale secrezione dell'utero e delle trombe fallopiane è di molto accresciuta, si distacca l'epitelio che copre la loro superficie e si riproduce di nuovo; irrompe l'emorragia in tutta l'estensione; ed è solo dopo aver continuato alcuni giorni che cessa la congestione, e che le parti ritornano ancora una volta allo stato loro primitivo di quiete, rimanendo però l'utero per breve tempo più pesante, e il suo parenchima più lasso, e più abbondantemente fornito di sangue che non prima. Non fa d'uopo io dica come una causa

(51) Una pagina interessantissima del lavoro recente di Scanzoni (*Métrite Chronique*, trad. par Sieffermann. Parigi, 1866) è quella in cui facendo lo studio anatomico dell'apparato vascolare degli organi generativi femminini, trova nella disposizione di quello le ragioni precipue e originarie del decorso cronico della metrite.

Egli comincia dal dire che i disturbi circolatorii conosciuti quale causa di quest'affezione, consistono « in generale nella diminuzione della rapidità della corrente sanguigna, che presto o tardi conduce forzatamente ad un « turbamento di nutrizione nel parenchima dell'organo; turbamento che ha « per conseguenza i diversi cambiamenti di tessuto attribuiti alla metrite « cronica. »

Coll'anatomia delle arterie e delle vene spiega il perchè ed il come quei disturbi di circolazione avvengano così di spesso nell'utero. Le arterie infatti utero-ovariche, rami delle spermatiche interne e le arterie uterine, sono quelle che apportano il sangue all'utero. Le prime partono dalla superficie anteriore dei muscoli psoas per penetrare tra le pagine dei legamenti larghi; esse si distribuiscono principalmente alle ovaie ed alle trombe, e si portano da questo punto in piccoli rami, fino al fondo dell'utero, dove si anastomizzano colle arterie uterine.

Queste ultime sono diramazioni delle arterie ipogastriche; esse scorrono dal di fuori al di dentro lungo il bordo inferiore del legamento largo, fino al livello del collo uterino, dando qualche ramo vaginale; salgono fra le pagine del legamento largo, parallelamente al bordo dell'utero fino al suo fondo. Lungo il loro tragitto sui lati dell'utero, esso danno un gran numero di piccoli rami che si insinuano nello spessore del tessuto uterino, tenendo una disposizione spirale. Brignet e Hirtl hanno mostrato che, durante la gravidanza, questo attorcigliamento a spira diventa più pronunciato, dacchè i giri si fanno larghi per restringersi di nuovo dopo il parto.

Il sangue adunque nelle arterie uterine deve portarsi direttamente in alto contro il proprio peso: la circolazione è rallentata e stentata influendo sinistramente sulla distribuzione del sangue in tutto il tessuto dell'organo. Secondo Hirtl poi tale disposizione spirale è data per la legge fisica che abbisogna minor forza a far passare un liquido in condotti spirali che in condotti retti.

Tale particolarità però spiega il rallentamento del sangue nello spessore delle pareti uterine, e merita considerazione per l'eziologia della metrite cronica.

Ma la circolazione venosa offre interesse ben più grande. Essa si fa pel

lieve possa protrarre quest'emorragia, o come qualche accidente possa arrestarla; nè devo affaticarmi a provare che nell'uno e nell'altro caso vi deve essere un disturbo generale delle funzioni dell'organo, un deterioramento generale della salute dell'individuo; nell'un caso esausto da perdite di sangue, affranto nell'altro da dolori generali e locali, cui il ritorno del periodico eccitamento degli organi generatori, non alleviati dalla abituale deplezione, non manca di arrecare seco. In qual altro viscere del corpo si trova un parallelo a questa serie di accidenti?

rami della vena spermatica interna, i quali vengono dal fondo dell'utero e formano nella parte superiore del legamento largo con quelli delle ovaie e delle trombe un plesso dell'aspetto di un grappolo (plesso pampiniforme, il quale si anastomizza col plesso uterino. Quest'ultimo è situato sui bordi del corpo e del collo uterino fra le lamine del legamento largo, riceve le vene della parete anteriore e posteriore uterina, e i tronchi più grossi della vena uterina che discende lungo i bordi laterali dell'utero, si anastomizza in alto col plesso pampiniforme, in basso col plesso vaginale. Le vene del parenchima uterino, relativamente larghe e a pareti sottili, sono completamente prive di valvole, e quelle che circondano l'orizzante a guisa di rete non ne posseggono che poche. Quando si considera la posizione di questa rete nella quale vengono a gettarsi tutte le vene dell'utero, si vede che esse subiscono una pressione continua dalle intestina, che aumenta a ciascuna inspirazione profonda, o ciascuna volta che si accumulano gas nelle intestina, o ciascuna volta che le pareti addominali si retraggono un po' fortemente. Questa causa basta per sé a spiegare le numerose stasi in questi vasi e di conseguenza anche quelle nelle vene del parenchima uterino. Di più i tronchi provenienti dal plesso pampiniforme accompagnano in tutto il loro tragitto le arterie spermatiche interne le quali si dirigono dal basso all'alto; essi debbono quindi sopportare il peso di tutta la colonna sanguigna, e le vene spermatiche interne accolte alla parete posteriore del ventre devono anche sostenere la pressione totale delle intestina.

Tale disposizione della circolazione dell'utero e dei suoi annessi favorisce, come si vede, i disordini di circolo, aumentati a lor volta anche dalle proprietà funzionali dell'utero e da altre influenze esterne nocive: fra cui, con Scanzoni vogliono esser ricordate la *congestione mestruale* degli organi tutti del bacino, la *clorosi* e l'*anemia* per la poca energia generale di circolo, l'*imperfetta involuzione*, le *infiammazioni puerperali*, la *metrite acuta*, il *subitaneo arresto del catamenio*, l'*eccesso dei rapporti sessuali*, l'*onanismo*, gli *spostamenti tutti dell'utero*, i *tumori fibrosi* della sua sostanza, i *polipi della sua cavità*, il *cancro* e il *tubercolo uterino*, il *catarro cronico*, l'*ovarite cronica*, l'*aumento di volume delle ovaie*, le *malattie di cuore*, le *malattie croniche dei polmoni*.

Il lavoro del professor Scanzoni, dal quale ho tratto questa nota, che riteneva necessaria a conoscersi, ha in sé i pregi più desiderabili in ogni scritto medico, ha portato luce grande su di un argomento di pratica ginecologica, e include in sé un ammasso di notizie sui molti argomenti ginecologici, da renderne preziosa e indispensabile la cognizione e un attento studio.

DE-CRISTOFORIS.

Di più; l'utero è tenuto in posto da sostegni che gli concedono un certo grado di mobilità, e il cui potere viene diminuito generalmente dalle stesse cause che aumentano il peso del corpo cui devono sostenere. D'onde è assai facile che si sposti in basso, che si prolassi. E tale prollasso non solo porta seco una varietà di sensazioni penose dovute allo stiramento dell'utero sui suoi legamenti; ma quando l'organo cessa di essere sospeso nella cavità della pelvi, resta esposto a scosse di varia specie, ad irritazioni per cause, dalle quali era previamente garantito. Il collo dell'utero, anche quando tale discesa non è molto ragguardevole, diventa una specie di sostegno per cui gravita il viscere sul pavimento della vagina. In tale posizione è sottoposto ad innumerevoli cause di disturbo; il sedere, l'andar in carrozza, l'esercizio d'ogni specie, lo stesso passaggio delle feci nel retto producono dolore, mantengono la congestione, e favoriscono quel lento sviluppo di volume, che manca di rado in parti divenute sede di irritazione a lungo protratta, e che presenta serio ostacolo alla cura di molte affezioni dell'utero (52).

Altra sorgente particolare e fertile di disordini dell'utero è data dai cangiamenti che accompagnano la concezione e il parto, e la loro frequente interruzione. La cognizione di tali cangiamenti anche nello stato sano è al presente troppo imperfetta per apprezzare con accuratezza la natura del danno che può risultare dal loro disturbo. Infatti, conosciamo molte cose riguardanti tali processi che erano ignorate dai nostri predecessori, pure le cognizioni recenti arrivano ancora soltanto a mostrarci le difficoltà del problema, e non già a darne la soluzione. L'ingrandimento dell'utero gravido non è, com'è si credeva una volta, un semplice aumento di volume e di spiegamento di tessuto delle fibre muscolari già esistenti nel viscere, ma è anche il risultato di una formazione, quanto lo è quello del feto in caso contenuto; i suoi tessuti passando allo stesso sviluppo da una condizione rudimentale ad un'alta organizzazione. Le cellule si allungano formando corpi caudati, questi si uniscono formando fibrille mentre la membrana mucosa aumenta di vascolarità, di spessore, e

(52) Non va dimenticato lo sfregamento che patisce la mucosa del collo uterino contro la mucosa più ruvida della vagina, sfregamento cui devesi per buona parte attribuire la produzione e la difficile guarigione delle esulcerazioni che nel catarro uterino si trovano in quella sede. A prova di ciò ricordo alcune malate di tale forma, le quali durante la cura locale colpite da qualche affezione acuta viscerale ed obbligata a riposo assoluto nel letto, sulla convalescenza della nuova malattia si trovarono guarite o di molto migliorate della forma ulcerosa del muso di tinca.

Ricorda poi ognuno come, per passeggiata lunga o per occupazioni protratte domestiche, un'abrasione quasi cicatrizzata si sia riaperta, dando il criterio della necessità di riposo generale, quindi di quiete del viscere uterino.

DE-CRISTOFORIS.

si sviluppa formando la decidua. L'utero piccolo, compatto e di organizzazione inferiore, diventa un muscolo grande, vascolare o possente quale lo vediamo alla fine di gravidanza, quando avendo servito di stanza al feto, e come mezzo da cui trasse il proprio sostentamento, l'organo compie all'atto del parto l'ultimo di quella mirabile serie di processi di cui fu il centro per 40 settimane. Ma anche prima che arrivi questo periodo, si manifestano indizii di regresso nei cambiamenti che hanno luogo nella decidua; mentre appena espulso il feto tutti i tessuti dell'utero mostrano il principio di alterazioni simili, che proseguono con tale rapidità quale non si osserva in nessun altro viscere e in nessun'altra circostanza. Le fibre muscolari subiscono la degenerazione grassa, e scompaiono in gran parte; cessa di mostrarsi la sostanza nervea entro le guaine che la contenevano, mentre perfino le fibre di tessuto elastico intrecciate colla sostanza muscolare dell'utero perdono la loro apparenza distinta e sono totalmente assorbite. Il vecchio utero ha finito il suo lavoro e viene smaltito; ma in mezzo alle sfasciantesi sue fibre si sviluppano gli elementi di un nuovo utero, e il micrografo ci parla della produzione di cellule fusiformi, che egli scopre entro il suo tessuto, affatto simili a quelle che esistevano nell'organo prima del cominciare della gravidanza, e che rimangono stazionario allo stesso stadio di bassa formazione, finchè alla lor volta eccitate dalla fecondazione passano attraverso le alte fasi di sviluppo.

In tali cambiamenti il corpo dell'utero e la membrana della sua cavità hanno maggior parte che la sostanza della cervice e la mucosa di tal canale. Solo la mucosa del corpo si sviluppa a decidua, ed essa sola è espulsa dopo il parto; la mucosa del collo subisce alterazioni lievi, e non è decidua. La struttura muscolare è più manifesta nel corpo dell'utero, mentre nella cervice predomina un sodo tessuto fibro-cellulare con cui sono intralciati qua e là fasci di fibre muscolari strette e lisce, e lo stimolo della gravidanza che opera tali cambiamenti nel primo stadio fa subire ben più lievi alterazioni all'ultimo.

Quantunque le nostre cognizioni sieno ancora imperfette, noi però qualcosa sappiamo dei risultati che spesso tengono dietro ad accidenti, che interrompono il corso della gravidanza e danno luogo prematuramente ai processi di deteriorazione del tessuto uterino, o che tengono dietro a malattie successive al parto a termine. Alcune di queste conseguenze vi furono indicate nell'ultima lezione quando vi parlai di deficiente involuzione dell'utero e dei mali che ponno derivarne; mentre parlai di altri mali, a carattere alquanto simile, che ponno sopravvenire indipendentemente da gestazione, come conseguenza di qualche forma di irritazione od eccitamento dell'utero.

In pressochè il cinquanta per cento delle malate che presentaronsi all'Ospedale San Bartolomeo per la cura di malattie uterine indipendenti da malattie organiche, venivano indicate come cause dei sintomi della paziente il matrimonio, la gravidanza od il parto; e mi

sembra giusto il ritenere che in questa gran proporzione di casi il disordine fosse locale in origine, e che l'affezione costituzionale fosse solo il risultato secondario della sua intensità o persistenza. Infatti, per quanto plausibile sembri l'argomento, che il compito delle funzioni, per l'esercizio delle quali ogni organo è espressamente costituito, non possa verosimilmente produrre malattia di quell'organo, pure non dovete dimenticarvi quelle particolarità dell'utero che lo rendono un'eccezione probabile a talo regola, mentre non è anche senza significato il fatto, che di 425 soffrenti intervenienti per mali uterini non organici, 404 erano donne maritate o vedove, e solo 21 non erano maritate (*).

Ma mentre ricordo questi fatti onde avvertirvi di non menomare la frequenza o l'importanza dei mali uterini quali disordini primari, non è mio intento il lasciarvi supporre che questi disordini abbiano una causa invariabile, o che sieno il risultato di un accidente patologico costante. Ciò, o qualcosa di simile però fu sostenuto; si asserì che v'è una causa invariabile, o pressochè, di tali sintomi; che, qualunque sia la loro occasione, l'*infiammazione e l'ulcerazione del collo dell'utero* ne sono causa immediata, che la via alla cognizione esatta delle malattie uterine è da trovarsi nell'esatta apprezzazione dell'importanza di questa condizione, e che il punto cardinale del loro trattamento consiste nell'uso di mezzi appropriati alla lor cura.

Le ulcerazioni cui si attribuiscono tali importanti risultati sono per gran parte pure abrasioni superficiali dell'epitelio che copre le labbra del muso di tinca, la cui superficie denudata è di un color rosso vivo e di fina tessitura granulare. Quest'apparenza granulosa sembra dovuta alle papille che coprono la superficie delle labbra dell'utero denudate del loro epitelio, mentre le granulazioni più grandi e più cospicue che di spesso sanguinano al toccarle, sono queste istesse papille non solo privo del loro involucro epiteliale, ma diventate ipertrofiche (**). In altri casi in cui è meno completa la mancanza di epitelio, la superficie sembra cosparsa da un numero di ulcerazioni minute, superficiali, aftose, tra mezzo allo quali il tessuto sembra sano, o leggermente più rosso del naturale. Le ulcerazioni del muso di tinca di rado o mai si presentano scavate, a bordi rialzati, come fanno spesso le ulcere di altre parti, ma, o la loro superficie è piana, o s'innalza poco dal livello del tessuto circostante. Sono di solito, ma

(*) Dalle statistiche del dipartimento dell'ambulanza dell'ospedale ooo è possibile dedurre alcun che di corretto circa il computo della frequenza comparativa delle diverse malattie, e le cause di errori sono ancor più numerose nel caso di un singolo dipartimento di un ospedale dedicato alla cura di una classe speciale di malattie; giacchè le più serie di tali affezioni è certo che vi si presentano in idonea proporzione. Non s'intende adunque che le asserzioni del testo rappresentino la frequenza assoluta delle malattie primarie dell'utero in confronto ai casi in cui il disordine dell'utero è secondario a malattia costituzionale, ma puramente si intende di mettervi in guardia contro l'asserzione che l'affezione uterina sia in quasi tutti i casi secondaria quanto al tempo e subordinato in importanza.

(**) Vedi la relazione della loro struttura microscopica nel diligente lavoro di Henning, op. cit., pag. 64.

non sempre, più grandi sul labbro posteriore che sull'anteriore; talora si trovano solo sul primo, ma ben di rado si limitano sull'ultimo. Sembrano cominciare al margine interno dell'orifizio dell'utero, d'onde si stendono all'infuori, e talora, sebbene non invariabilmente, il breve tratto di canale cervicale che può esser messo in vista collo specolo appare denudato del suo epitelio. Le parti adiacenti della bocca dell'utero variano molto nel loro aspetto; talora conservano la loro tinta naturale rosa-pallida fino al margine dell'abrasione, che è marcata da una linea distinta e ben definita, mentre altre volte l'intera superficie è di un rosso molto più vivo del naturale, e la linea di demarcazione fra la superficie sana e l'abrasa è irregolare ed indistinta, l'una invadendo l'altra. L'orifizio dell'utero è in generale più aperto che nello stato di salute, e la scomparsa dell'abrasione, che ha sempre luogo dalla periferia verso il centro, è accompagnata dalla graduale chiusura dell'orifizio previamente aperto. Lo stato del parenchima dell'orifizio e della cervice varia, talora v'è mollezza marcata delle parti, che rassomiglia alla condizione dell'utero subito dopo l'aborto od il parto, mentre altre volte è molto più duro del naturale; ma certo non è caso comune che un'abrasione estesa della bocca dell'utero coesista con una condizione dell'organo tale da poter sembrar sana al tatto. La secrezione superficiale varia assai nei diversi casi, e la maggior parte della perdita leucorroica di cui soffre la paziente deriva dall'interno del canale del collo o dalla cavità dell'utero, non già dall'abrasione per sé. Pure in alcuni casi, specialmente quelli in cui l'ulcerazione presenta un carattere granulare assai marcato, la perdita derivante da tale fonte unica è lungi dall'esser poca. Varia pure molto il grado di sensibilità della superficie ulcerata; di quando in quando il più lieve contatto è assai penoso; ma nella maggioranza dei casi, la superficie ulcerata non è più sensibile delle parti adiacenti, nè il collo dell'utero, il cui muso è abraso, è costantemente più sensibile al tatto di quello che lo sia la stessa parte in un organo perfettamente libero da tale affezione.

Tali adunque sono i caratteri delle ulcerazioni, abrasioni e granulazioni della bocca dell'utero, cui si diede tanto valore patologico da alcuni scrittori. Si adduce a spiegazione e sostegno di tale opinione, che la membrana mucosa della cervice dell'utero, a motivo della sua vascolarità e dell'abbondanza di follicoli mucosi annicchiati nelle sue duplicature, è assai disposto all'infiammazione: e che tale predisposizione è ulteriormente accresciuta dall'afflusso abbondante del sangue verso il collo dell'utero, come pure dalla posizione di tal parte del viscere, e dall'essere conseguentemente esposta ad irritazione e a lesione per varie cause. Si dice che quest'infiammazione si manifesta con secrezione di abbondante materia albuminosa data dalle ghiandole cervicali e coll'aprirsi della bocca dell'utero, che in caso diverso è chiusa; come pure è detto che nel maggior numero di casi provenga da abrasione od ulcerazione della bocca, che ordinariamente sopravviene in un periodo assai primitivo. La cervice si fa gonfia e

congesta, anmenta di volume; ma mentre in alcuni casi rimane molle al tatto anche dopo anni di malattia, più di spesso la sua sostanza diventa sede di infiammazione, si effonde linfa entro di essa e non solo è ingrossata ma indurita; cangiamento che ha luogo in grado maggiore in quelle che ebbero figli, che nelle nubi e nelle sterili. La diversa estensione dell'ulcerazione è la sola causa che viene assegnata per la presenza dell'indurimento della cervice in un caso e la sua mancanza in un altro; ma il rapporto tra le due condizioni non sembra costante. Il grado con cui l'ulcerazione si dilata sembra pure incerto; nella gran maggioranza dei casi entra più o meno profondamente nel canale della cervice, talora ne occupa tutta l'estensione, l'orificio interno però impedendo il suo ulteriore progresso, e prevenendo pressochè sempre il suo estendersi entro la cavità dell'utero. È allora che, secondo tal modo di vedere, le sofferenze delle pazienti devonsi all'infiammazione accompagnata da ulcerazione dell'orificio e del collo dell'utero, e ordinariamente da induramento consecutivo del suo parenchima; è allora che i diversi disordini delle funzioni uterine — il dolore, la leucorrea, le emorragie, la sterilità e i frequenti aborti — vengono attribuiti alle simpatie delle parti contigue a quella piccola porzione dell'utero che è la sede del male. Inoltre l'ulcerazione una volta prodottasi si dice che abbia poca tendenza a guarire; mentre finchè persiste, vi può bensì essere una tregua ai mali della paziente e qualche temporaria mitigazione dei suoi sintomi, ma non vi può essere guarigione reale finchè il periodo del vigore sessuale essendo passato, gli organi incombenenti passano allo stato comune di atrofia; mentre la cura anche allora è incerta, e le conseguenze della malattia durano non di rado più a lungo dell'uso delle parti.

Siccome la patologia dell'utero è assai semplificata dalla scoperta di una causa pressochè invariabile dei sintomi i più diversi, così anche la terapia dell'utero è resa facile, secondo gli autori di cui riporta le opinioni, dal trovarsi un rimedio solo quasi sempre applicabile alla sua cura, qualunque sia la durata e intensità della malattia. Se il male è leggiero, pronta ne sarà la guarigione: se grave, vi vorrà un tempo più lungo; ma l'immancabile indicazione si è di modificare coi caustici la vitalità della parte, e, ottenuto questo, l'ulcerazione, l'infiammazione e suoi esiti scompaiono assieme; e le sofferenze di anni sono così annullate in poche settimane o al più in pochi mesi. In verità, nei casi in cui il male è poco, il riposo, la cura antiflogistica e le iniezioni vaginali possono, sebbene raramente, produrre la guarigione. Vi sono eziandio alcune circostanze in cui la sanguigna locale può essere utile; ma quali caustici debbansi usare, quanto spesso ripeterne l'applicazione, come prevenire o togliere quegli inconvenienti che talora provengono dal loro uso, sono quistioni molto importanti da discutere; giacchè a questi rimedii tutti gli altri mezzi locali, come anche il trattamento generale, sono solo secondarii e coadjuvanti.

Avendo ora dettagliato queste opinioni ed indicate le conseguenze pratiche che ne derivano, bisogna che io occupi il resto di questa lezione nel cercare di porvi avanti, quanto più brevemente è possibile, le ragioni che m'inducono a rigettare tali opinioni come erronee, e mettermi in guardia contro la pratica che si suppone per esso autorizzata.

Era gli argomenti con cui si sostennero tali vedute, v'è quello che deriva dalla vascolarità e vitalità supposta maggiore nella cervice che nel corpo dell'utero, e dalla disposizione che conseguentemente in quella si suppone maggiore a diventar sede di condizione infiammatoria. Ma non solo la semplice ispezione dell'utero basta a mostrare che il sangue viene distribuito in maggior abbondanza al corpo che al collo del viscere, bensì anche il riflesso della parte che hanno relativamente il corpo ed il collo nel fornire la perdita mestrua o nei mutamenti indotti dalla gravidanza e dal parto, debbono condurci, io credo, inevitabilmente ad una conclusione opposta. Nè in riguardo a tali quistioni siamo limitati a ragionamento inferenziale, ma alla stessa conclusione ci conduce lo stato avanzato che raggiunge non di rado il cancro del collo dell'utero prima che una malattia generale ed un patimento locale ne mostri l'esistenza; mentre l'osservazione giornaliera mostrò che la cervice dell'utero può esser forzatamente dilatata, incisa, il suo tessuto abbruciato dai caustici più forti, o dal ferro rovente, o porzioni di essa esportate dal coltello con impunità affatto contraria, almeno per me, alla presunzione che tal parte sia dotata di molta vitalità e squisita sensibilità.

I risultati necroscopici prodotti dagli oppositori di tali viste, appoggiati alla rarità con cui si osserva dopo morte l'ulcerazione dell'orificio dell'utero, negano l'importanza sua nella produzione delle malattie d'utero. Però, a mio credere, la stessa frequenza con cui riscontrasi questa condizione, è una ragione ancor più stringente per riguardarla come comparativamente di poco momento. Di 65 casi in cui esaminai l'utero di donne morte per affezioni non uterine, in 17, o in poco più del quarto del numero totale, si trovò abrasione od ulcerazione della bocca nell'utero (*); ma sebbene siasi rinvenuta

(C)

TAVOLA

Che mostra i risultati dell'esame di 65 uteri.

Utero sano in	36
— ammalato in	29
Ulcerazione della bocca in	17
— — esisteva sola in	11
— — con malattia della membrana interna dell'utero	3
— — con indurimento delle pareti uterine	3 — 17
Indurimento delle pareti uterine senza ulcerazione dell'ostio	5
Malattia della mucosa dell'utero senza ulcerazione del muso	7
Totale di uteri malati	29

* Per avere esatti particolari oltre queste necroscopie, come anche per dettagli dell'argomento compendiato in questa lezione, bisogna che vi riferisca alle mie lezioni croniane. *On the Pathological Importance of ulceration of the os uteri*, 8.^a Londra, 1854.

così di frequente quest'ulcerazione era però ordinariamente assai limitato in estensione e tanto superficiale da non essere associata a cangiamenti nella parte più profonda della membrana della superficie affetta, ed esercitava così poca influenza sullo stato dell'utero in generale da non avere alcuna relazione in un gran numero di casi coi cangiamenti sia dell'interno dell'utero che del suo parenchima; mentre l'induramento del tessuto uterino e la condizione morbosa della membrana interna dell'utero si trovarono indipendenti da quella o l'una dall'altra.

Il portato dell'investigazione anatomica, fin dove esso arriva, mi sembra ineccepibile, mostra l'assenza di ogni nesso tra l'ulcerazione della bocca e quegli altri cangiamenti del tessuto uterino che si dissero dipendenti da essa; e suggerisce la probabilità che un'affezione non annunciata da sintomi palesi durante la vita, o trovata dopo morte senza importante alterazione, deve essere per sé di poco momento.

Una ragione di più per sospettare che troppo sia stata valutata l'importanza di questa condizione, si ha da quanto vediamo nei casi di prolusso, o procidenza dell'utero. I contorni dell'ostio uterino per l'inevitabile irritazione cui trovansi esposti in questa circostanza, si ulcerano quasi sempre; e tale ulcerazione è di solito estesa ed inetta a guarire. Ora, benchè i rapporti dell'utero prolussato differiscano materialmente da quelli dell'organo ancora in sito, sebbene la sua sensibilità sia senza dubbio molto ottusa per la cangiata posizione, pure la mancanza in generale di ogni perdita abbondante dalla cavità dell'utero o dal canale del collo, come anche l'assenza degli altri sintomi che si suppone caratterizzino l'infiammazione del collo dell'utero, non può a meno di creare una presunzione sfavorevole alla opinione che l'ulcera della bocca dell'utero sia affezione di tanto grande importanza quanto si credette da vari scrittori.

So però concediamo che tra l'utero procidente e l'organo ancora in sito vi sono differenze sufficienti per impedirci di rigorosamente applicare all'uno le conclusioni tratte dall'altro, v'è però un'altra sorgente da cui possono dedursi prove e dimostrare che la bocca e cervice dell'utero sono meno suscettibili di malattia, o che la malattia ha minor disposizione a crescere ed assumere un carattere serio, di quanto talvolta si è immaginato. All'infuori delle prostitute, non v'è altra classe di donne che presenti in così alto grado le condizioni più propizie per infliggere offesa locale al collo dell'utero. Sarebbe pertanto ragionevole di aspettarsi, se non fosse stata grandemente esagerata la suscettività della cervice dell'utero, di trovarlo in questo donna con marcata frequenza ed intensità una condizione ulcerosa del collo dell'utero, uno stato indurato ed ipertrofico della sua cervice. Di più, siccome la cervice ipertrofica dell'utero ritorna, anche in circostanze favorevoli, con ostrema lentezza al suo volume originale, vi sarebbero molte occasioni, in cui gli effetti cronici di progressive infiammazioni superate si mostrerebbero evidenti maggiormente in quelle che si diedero per mesi ed anni ad una vita viziosa.

L'osservazione per altro sembra mostrare, che qualunque possa essere la causa di ulcerazione del collo dell'utero, d'infiammazione, di ipertrofia ed indurimento della sua cervice, ad ogni modo gli eccessi sessuali non hanno gran parte alla loro produzione. Investigando tal soggetto trovai anni sono che su 40 donne ammesse nei reparti venerei dell'ospedale, in 27 la bocca e cervice dell'utero erano affatto sane; in dieci altre la sola morbosa condizione era una pura escoriazione non superante una linea in larghezza, circoscrivente l'orificio dell'utero in tutto od in parte, ed associata a nessun cangiamento del suo tessuto; nelle altre tre l'ulcera era più estesa, ma in una di queste soltanto (e questa donna aveva figliato) i labbri del muso di tinca erano leggermente ingrossati, mentre in nessun caso v'era alterazione tale di tessuto da meritare il nome d'indurimento.

La conclusione che siamo autorizzati a trarre da tali ricerche, fin dove le abbiamo proseguite, sembrerebbe essere che la condizione così detta di ulcerazione od abrasione della bocca dell'utero non è infrequente anche in casi in cui non si accusarono in vita sintomi uterini: ma che di solito non è accompagnata da altre affezioni importanti dell'utero quali si suppongono essere l'effetto di un processo infiammatorio; ed inoltre che tali affezioni non sembrano facilmente eccitarsi per cause agenti sul collo dell'utero a viscere sia spostato, sia in posizione naturale.

Dobbiamo però proseguir oltre e ricercare se nei casi di persone soffrenti di mali uterini vi sieno tali differenze nella natura, grado o durata dei sintomi, secondo che v'è o non v'è ulcerazione dell'ostio uterino, da indurci ad attribuire a questa date conseguenze, od a dire che essa tenda a dati risultati, quali non occorrono altrimenti.

Considerando che, secondo alcuni autori (*), una gran proporzione,

(*) Il dottor Enrico Bennet (*Treatise on Inflammation of the Uterus, etc.*, pag. 36, 8.^a, 3.^a edizione, Londra, 1853) fa una simile osservazione. In accordo con tali vedute osserva eziandio a pag. 6 che, in pressoché 5 casi su 6 di malattia uterina, io cui trovai perdite croniche mucose o puriformi o sanguinolenti, o altri ben marcati sintomi uterini, v'è ulcerazione infiammatoria della cervice. Le sue teorie però sembra sobiscano modificazioni più considerevoli di quanto egli stesso creda. Nella sua rivista dello stato presente della patologia uterina (*The Lancet*, primavera del 56, pubblicata poi come lavoro separato) nega di averla riguardata come malattia *per se*, avendo un'esistenza separata e come distinta entità patologica, dimenticando apparentemente le dichiarazioni alle quali io accennai, ed anche il fatto non meno significativo che 225 su 359 pagine di cui è composta la prima parte del suo libro, sono occupate da considerazioni sull'infiammazione ed ulcerazione del collo dell'utero, mentre soltanto 37 pagine spende nello studio dell'infiammazione acuta o cronica del corpo dell'organo. In questa rivista, pure, sono riconosciuto le affezioni del corpo dell'utero sebbene solo incidentalmente, in un modo suggestivo della frequenza ed importanza molto più considerevole di quello che si dedurrebbe dai lettori della sua grand'opera, mentre egli abbandona pienamente la dottrina dietro la quale aveva fatto tanto conto dell'importanza speciale dell'ulcerazione dell'ostio uterino. Io ne dedussi che era generalmente di poco momento, perché esistendo o mancando, avrei un grado forte di rassomiglianza tra le due classi di casi, donne cioè della stessa età, in circostanze simili, presentanti gli stessi sintomi, conducenti a risultati identici, aventi la stessa durata, e associate a mutazioni identiche di struttura, tanto che vi sia come che non vi sia l'ulcerazione del muso di tinca. « Il dottor Benoet conclude (*Rivista*, pag. 31) che i due gruppi di pazienti erano travagliati in gran parte dalla stessa malattia, solo che in un gruppo si presentava una maniera di espressione, e nell'altro gruppo un altro modo

fino a 81 per cento, di tutte le donne presentanti sintomi di patimenti d'utero soffrono di malattia infiammatoria del tessuto o del canale della cervice dell'utero, e che 70,4 per cento parimenti soffrono di ulcerazione della bocca dell'utero, non si avrà difficoltà a rispondere a tale domanda (*). La prova a sostegno dell'importanza, come anche dalla frequenza di queste affezioni può giustamente attendersi che sia sovrabbondante, e che i sintomi dell'ulcerazione dell'ostio uterino sieno caratteristici sia per la loro peculiarità o loro intensità, che per l'una e l'altra assieme; e che differiscano per riguardi importanti dai sintomi di quelle affezioni uterine, le quali non sono associate a simile condizione.

In un corso di lezioni sulle malattie delle donne non v'è tempo di esaurire passo passo tale ricerca che alcuni anni sono feci tema delle mie lezioni crooniane. Basterà dunque dire che dividendo tutti i casi in cui gli asseriti sintomi di esulcerazione uterina erano presenti nello due classi, secondo che l'esame collo specolo scoprì una tale condizione o meno, io procurai di accertare se la sterilità è più frequente, se la proporzione della fecondità è minore e se l'aborto accada più spesso nell'una che nell'altra categoria di casi; se il disordine mestruo è più comune, più grave, o di natura differente; se la leucorrea è più abbondante o proviene da diversa sorgente; o se il dolore è meno tollerabile quando la bocca dell'utero è ulcerata che quando manca quella condizione: e finalmente se cause simili o differenti producono l'affezione uterina nelle due classi di casi; se la durata del male è identica; se le alterazioni di struttura dell'utero sono simili o diverse. Ognuna di queste questioni fu soggetto di speciale ricerca, e i risultati generali ponno riassumersi come segue:

1.° Dolore uterino, disordine mestruo e perdita leucorroica, sintomi ordinariamente attribuiti all'ulcerazione della bocca dell'utero si riscontrano di spesso tanto indipendentemente da quella condizione quanto in connessione ad essa.

2.° Questi sintomi si osservano in ambo le classi di casi con una frequenza assai preponderante all'epoca del maggior vigore dello funzioni sessuali; e nessuna causa ha una parte maggiore nella loro produzione quanto i differenti incidenti in connessione all'esercizio attivo del potere riproduttivo. Ma non sembra che l'ulcerazione del-

difmanifestazione. L'uso indiscriminato dei caustici non durerà più oltre della verificazione del fatto che l'ulcera della bocca dell'utero è solo un modo di espressione di malattia d'utero, in altri termini un accidente, non un carattere essenziale. In vero il dottor Bennet considera questa conclusione come priva di valore, per me è di grande importanza pratica, e mi sembra arrechi già i suoi frutti. Avendo così avuto occasione di riportarmi al dottor Bennet non posso lasciar sfuggire l'opportunità di dichiarare quanto la nostra professione gli deve non solo per aver attirata l'attenzione al soggetto delle malattie dell'utero in generale, ma anche per molte osservazioni sue proprie, e specialmente per i suoi riflessi sul soggetto degli spostamenti d'utero e sulla diagnosi del cancro uterino.

(*) Henning (op. cit., pag. 68), trovò essere la proporzione di 17 per cento, e in solo 9 delle 17, la condizione morbosa dell'ostio consistere con perdita leucorroica della cervice.

l'ostio uterino eserciti una speciale influenza sia cansando sterilità che inducendo aborto.

3.^o Mentre i sintomi sono identici di carattere nelle due classi di casi, sembrano presentare un grado d'intensità leggermente maggiore in quei casi in cui esiste l'ulcerazione.

4.^o Per quanto ci potè accertare da diligente esame, quattro quinti dei casi dell'una o dell'altra classe presentavano modificazioni apprezzabili nella condizione dell'utero, come spostamento, ingrossamento o indurimento del suo tessuto, e di frequente parecchie di queste condizioni coesistevano insieme. Uno stato indurato e ipertrofico della cervice dell'utero era più frequentemente in nesso coll'ulcerazione dell'orificio che indipendente da quella condizione.

5.^o La deduzione per altro a cui sembrerebbe condurre il fatto ultimo menzionato circa l'esistenza di un necessario rapporto come quello di causa ad effetto, tra ulcerazione della bocca dell'utero o l'indurimento della sua cervice, è in gran parte contraddetta da due circostanze:

a) Che in molti casi coesisteva *indurimento della cervice* con un orificio uterino sano.

b) Che mentre in molti dei casi in cui esisteva indurimento della cervice, l'ulcerazione della bocca era assai lieve, mancava affatto la durezza in altri casi in cui si notava che l'ulcerazione era stata assai vasta.

Per cui adunque troviamo, che un alto grado di somiglianza esiste tra le due classi di casi; che donne della stessa età in circostanze simili presentano gli stessi sintomi, conducenti agli stessi postumi, aventi la medesima durata e offrendi cangiamenti affini di struttura, vi sia o no l'ulcera dell'ostio uterino; dal che può inferirsi giustamente che l'ulcerazione dell'utero non è nè causa generale di malattia uterina, nè un indizio fidato de'suoi progressi, o ne segue, a mo' pare, qual necessario corollario, che gli sforzi per togliere tale condizione dall'osculo con rimedii locali non è lo scopo supremo della cura delle malattie uterine, come ci condurrebbero a credere gli insegnamenti e la pratica di alcuni medici.

Ma opinioni quali io espressi si trovano non di rado di fronte al fatto, che la guarigione di mali uterini si vede giornalmente tener dietro all'uso di caustici e all'applicazione di varii rimedii locali esclusivamente diretti contro l'ulcerazione dell'osculo uterino. Ora, quantunque non possa pienamente convenire con tale dichiarazione, sarebbe più che inutile il negare che in molti casi l'applicazione del caustico alla bocca dell'utero non sia mai stata seguita dal ricupero della salute. Il fatto ammette però una spiegazione che involge un principio, il quale trova la sua applicazione nel trattamento di molte malattie, oltre quelle peculiari al sesso femminile.

Devesi ricordare che in unione a questo metodo di cura si adottano di necessità varii altri mezzi eminentemente valevoli ad alleviare le forme più miti di patimenti uterini. La donna maritata è

per un tempo tolta al letto del marito; cessa il penoso esercizio che un senso di dovere le imponeva od a cui era stimolata dal desiderio di piacere, mentre il riposo nella posizione sdraiata pone l'utero ed i visceri della pelvi proprio in quella posizione in cui il ritorno del sangue da essi incontra la minore difficoltà. La condizione delle intestine forse prima abitualmente trascurata, viene ora regolata attentamente, ed una dieta blanda, nutriente e non stimolante della paziente differisce spesso assai da quella che essa invano procurava fare per eccitare l'appetito mancante, quando tutte le di lei funzioni erano troppo indebolite. S'aggiunga a questo che il ricorrere del periodo mestruo è sorvegliato con cura, che allora si raddoppiano tutte le precauzioni, ed ogni sintomo di sconcerto, in precedenti circostanze sopportate senza lagni, sebbene sposse non senza molte sofferenze, viene subito modificato dal rimedio appropriato; mentre in generale si fa la convalescenza nelle alte classi sociali con una dimora quieta in campagna od in qualche località di acque minerali non per divertimento, ma per salute; e così vengono riunite proprio quelle condizioni meglio adatte a togliere tre quarti dei disordini a cui soggiace il sistema sessuale della donna. Ma l'istessa semplicità di queste misure è un ostacolo alla loro adozione, giacchè è materia di osservazione costante che le regole, cui il senso comune non può a meno di approvare, ma che sembrano richiedere nulla più del senso comune per essere suggerite, sono precisamente quelle a cui le nostre pazienti si sottomettono meno prontamente. Il caso muta però quando le stesse regole vengono tracciate, non come mezzo di cura esse stesse, ma solo come condizioni indispensabili al successo di quella cauterizzazione, che, ripetuta una o più volte nella settimana, costituisce il gran rimedio per l'ulcerazione dal dottore scoperta, e che egli colla maggior buona fede, assicura esser causa nella sua paziente di tutti i sintomi di cui essa soffre. Il caustico che si usa in questi casi più miti è il nitrato d'argento, la superficie a cui si applica è coperta da un leggier strato di secrezione albuminosa non facile a togliersi completamente, e che serve grandemente a diminuire la forza dell'agente, mentre l'azione leggermente stimolante nullameno da esso esercitata, di rado fa male, talora, credo, produce un bene reale, sebbene non maggiore di quanto sarebbesi ugualmente ottenuto dalle iniezioni vaginali o da altri rimedii consimili, che la paziente avrebbe usato senza l'intervento del suo medico.

Sarebbe questione comparativamente di poco momento il decidere sulla erroneità, da me creduta, di queste viste, se la loro accettazione non involgesse nulla più che un giudizio esagerato del valore di certi processi terapeutici, i quali in realtà ponno non essere essenziali per la cura della malata. Ma il male da essi arroccato, se erroneo, è di natura più grave, ed il modo con cui danneggiano la paziente non è difficile ad intendersi. Nessuno versato nella pratica della medicina ha mancato di essere spesso sorpreso della parte importante che esercita il sistema sessuale, in pressochè tutte le ma-

lattie delle donne ad insaputa loro. La tristezza frequente e il poco brio nello stato celibe, il dolore e quasi vergogna del matrimonio sterile, dipendono da cause aventi una sede più profonda di quella che la ragione possa superare, e che ci è noto improntar spesso un carattere particolare alle malattie delle nostre pazienti. È dovuta all'istessa causa la suscettività nervosa che spesso offrono le donne al menomo sintomo di male che attacehi il loro sistema uterino; frenare il quale e prevenire la disposizione ad inconscia esagerazione dei loro sintomi diviene spesso uno dei nostri doveri più importanti e allo stesso tempo il meno facile. È dunque biasimevole in alto grado qualunque procedere che, senza la più urgente ed assoluta necessità, fissa nei mali più lievi l'attenzione della paziente sullo stato del di lei sistema uterino in modo penoso e costante. La paziente guarisce della sua malattia, ma sotto l'impressione che tutte le sensazioni provate da essa durante settimane e mesi, dovevansi esclusivamente alla malattia locale che richiese i rimedii topici. Al primo ritorno di qualche sintomo che somigli ai primi, rivivono tutte le sue apprensioni nel timore che l'istessa penosa investigazione, le stesse dolorose manipolazioni di prima siano di nuovo necessario. Il fatto del notabile accelerarsi delle pulsazioni cardiache appena che si rivolga l'esame al battito del cuore di un individuo, per pochi minuti soltanto, è un'illustrazione delle più comuni dell'influenza dell'attenzione sulle funzioni del corpo, di cui vediamo tante prove, sì in salute che in malattia. La digestione sorvegliata no' suoi diversi stadii coll'inquietudine propria ad un invalido dispeptico, lo rende spesso ipocondriaco, incapace a prendere altro che certi articoli dietetici, e questi cinciati in dato modo particolare; mentre in molti casi nè nel cibo per sè, nè nel suo modo di preparazione, si trova ragione alcuna perchè soltanto un tal alimento debba essere tollerato dallo stomaco fastidioso. Un incomodo maggiore o minore, spesso anche un dolore reale, accompagna, nella gran maggioranza delle donne, l'esercizio della funzione mestrua, o la precede o la segue. Questi dolori si credono allora di maggior importanza di prima; si sorveglia il loro sopraggiungere, si paragonano le sofferenze di un mese a quelle di un altro precedente, secondochè la donna crede di trovare nel loro aumento o diminuzione, argomento di speranza o di apprensione. Ma le sensazioni che vengano tanto sorvegliate per sapere se crescono di intensità e persistenza; il male leggiero che sarebbe subito dimenticato se non si credesse pronosticare un male che si ordisce, vengono notati con una inquieta vigilanza, e più si osservano o più sembra che crescano; la paziente teme che non si sentirà mai bene, e alla fine si persuade di usare anche un'altra volta della stessa cura che prima la sollevò, sebbene le rivelasse il penoso pensiero della grave causa da cui dipendono realmente le sue sofferenze, una volta tenute in poco conto. Tali persone, se povere, vengono ai nostri ospedali, e nell'interrogarle dei loro malanni, esse, ad un tratto, e senza curarsi di descrivere i loro

sintomi, dicono che soffrono di ulcerazione dell'utero; sebbene col l'esame non se ne trovino tracce, o al più poco rossore ai margini della bocca dell'utero, o fors'anco quella leggiera abrasione che credo aver dimostrato essere così indifferente nella sua importanza, quanto è comune a riscontrarsi. Ma quantunque non sia malattia seria, sono nondimeno, e forse si potrebbe dire tanto più ammalate reali, e le più difficili a curare. Il trattamento a cui forse vengon sottoposte, serve a confermare l'abito di mente morboso che andò crescendo in esse e distrusse tanto la loro quiete attuale quanto la loro capacità al benessere in avvenire (53).

(53) L'esulcerazione della mucosa che copre il muso di tinca non ha certo grande importanza, e, sola, io non la vidi che nel caso di catarro vaginale acuto, come espressione della caduta dell'epitelio macerato dal muco abbondante dell'ultima porzione del canale.

Più di spesso l'abrasione suddetta si associa al medesimo stato della mucosa del canal cervicale o della cavità del corpo o dell'uno e dell'altra insieme per catarro lento uterino; i sintomi generali adunque che vogliansi attribuiti all'esulcerazione dell'ostio della matrice devono quindi attribuirsi in via diretta al profluvio catarrale ed al risentimento che ne viene sulla crasi sanguigna, come causa di depauperamento di essa ed in via indiretta al turbamento nervoso che viene indotto da quest'ultima condizione generale discrasica.

Quale dei due, fra la cura locale e la generale, è qui richiesta? E l'una e l'altra il più delle volte, m'ha insegnato la pratica mia indipendentemente da qualsiasi guida o da qualsiasi idea preconcepita, senza che per questo si possa dire che là il solo trattamento topico non valga a calmare il turbamento delle altre funzioni lontane. Ed è naturale, che tolta la causa cessi l'effetto, e che quindi diminuito o sospeso il profluvio catarrale, si possa, anche senza mezzi generali, col solo regime nutritizio abituale, si possa, dico, porre fine ai sintomi morbosi provenienti per ragione simpatica o indiretta da altri visceri.

Il dottor Ambrosoli, che di simili casi ne vede buon numero nella sua pratica, confermava il mio concetto poco tempo fa con identico ragionamento. Devesi quindi ritenere che i fenomeni generali isterici e neuralgici sono conseguenze dirette dall'impoverimento sanguigno, che a sua volta trova la sua ragione diretta nella perdita spesso abbondante di catarro dalla mucosa uterina, nonchè dei disordini mestruali che a quest'ultima si associano (menorragie e dismenorree in specie). La malinconia, i pianti, la facile suscettività e mobilità nervea e morale, espressione di neurosi simpatica, accompagnante il patimento uterino, nonchè i disordini funzionali dei visceri digerenti e le neuralgie del 5.^o pajo, assumono però talvolta, è d'uopo dirlo, un carattere così grave da costituirsi in un vero stato patologico richiedente un diretto e opportuno trattamento. Il bismuto per le gastralgie ad alta dose, le misture eterce, la cura marziale, l'idroterapia in stagione adatta sono i precipui mezzi che trovai atti a trionfare di questi patimenti. Qualunque formola è buona a tale scopo; io però mi permetto di accennare al trattamento cui ricorro abitualmente e che consiste:

Ma sebbene sia mia convinzione che nella maggioranza dei casi in cui si applica il nitrato d'argento alla bocca dell'utero, il così fare è semplicemente superfluo, non sarebbe beno il non notare altri casi in cui, il collo dell'utero essendo più o meno ingrossato, si impiegano agenti più forti. In tali occasioni si usa, in generale, la potassa caustica, e da alcuni colla vista di distruggere addirittura una certa porzione della cervice ingrossata; da altri coll'intenzione di disfarsi dell'ingrossamento col mezzo dell'infiammazione indotta nel parenchima uterino. A qualunque intento vi si ricorra, tal procedere non è veramente scevro nè di dolori, nè di pericoli. Se il caustico è introdotto come si fa usualmente entro il canal cervicale, è ammesso che il dolor cagionato, e che dura talora due o tre giorni, è assai intenso, causando nausea o vomito e talora perfino sineope, o producendo estremo abbattimento, prostrando la paziente così completamente da incapacitarla a lasciar il letto per parecchi giorni. Ciò valga pel primo effetto di questo rimedio, per cui i suoi più forti sostenitori non possono vantare l'epiteto di *jucunde*. Ma non fanno di meglio in ciò che riguarda il *cito*. L'applicazione della potassa fusa per produrre un'escara implica un susseguente corso di cura con frequenti applicazioni di nitrato d'argento del periodo di circa 40 giorni, alla fine del qual tempo, supponendosi esaurita l'azione del rimedio, a meno che la paziente non sia guarita, sarà necessario ripetere di nuovo l'istesso trattamento. Inoltre tal cura, come si vede, obbliga la paziente alla sua stanza e quasi a letto per tutto il tempo di sua durata, e la mette nella necessità di una o due esplorazioni collo

1.° Nel far prendere due dosi al giorno di magistero di bismuto, da mezzo grammo cadauna, qualche ora prima dei due principali pasti.

2.° Nel far prendere da due fino a sei pillole nel giorno, crescendo per gradi, in due riprese del composto seguente:

Valerianato di zinco Centigr. 15

Ferro ridotto all'idrogeno » 7

Estratto di Valeriana q. b.

Per fare una pillola.

3.° Al mattino appena svegli, e pochi minuti prima di pranzo, da 6 fino a 15 gocce, gradatamente crescendo della tintura tonico-nervino-marziale di Bestuschäff in acqua effervescente, quale diffusivo pronto ed eccitante.

4.° Dieta carnea preferibilmente, e uova, e nutrizione refratta in 3, 4 volte fra il giorno, mentre debbono essere allontanate tutte le cause di turbamento morale e le fatiche sproporzionate.

DE-CRISTOFORIS.

specolo ogni settimana per altrettanto tempo. Ma se non si può dire che agisca nè *cito*, nè *jucunde*, può credersi che questo modo di procedere abbia almeno il terzo merito del *tuto*, ma non l'ha. La tendenza a contrazione od obliterazione del canal cervicale dietro questi processi è assai considerevole, e si riporta anzi come un accidente frequente; mentre l'infiammazione dell'intero in generale e delle sue dipendenze, è una contingenza non poco comune. Di questi ultimi accidenti ne vidi parecchi casi tra le pazienti all'ospitale, le quali, prima che capitassero in mia cura, erano state trattate coi caustici i più violenti per l'ulcerazione della bocca dell'utero.

Non cercherò di seguire i difensori di questa pratica nelle spiegazioni ch'essi danno del suo modo di azione, tanto più perchè dove alcuni vedono uno stimolo salutare pei tessuti affetti, altri vi discernono un'influenza ottundente stupefacente, come essi la chiamano, e indebolente la forza vitale; mentre, in mezzo al linguaggio usato a rignardo di questo soggetto, v'è un miscuglio di metafora unita ad una terminologia scientifica, da cui è assai difficile arrivare ad una esatta conoscenza di ciò che si intendo dire. Io non dubito che dall'uno o l'altro modo di applicare la potassa caustica non possa venir impiccolita la cervice dell'utero; ma il mio dissenso da tal pratica si fonda sul fatto che non ha alcuna delle tre doti, d'esser cioè un mezzo indolente, pronto e sicuro; mentre la mia esperienza mi conduce a credere che quando si usa è usualmente o fuori di luogo o superfluo. In presenza di ogni sintomo attivo di infiammazione, talo procedere, qual'è la distruzione di porzione del tessuto uterino coi caustici, non può che essere pericoloso; dopo averli tolti, l'utero ritornerà lentamente, spesso infatti anche imperfettamente al suo volume primitivo. Questo regresso invece, fin dove almeno arriva la mia esperienza, nell'immensa maggioranza dei casi sotto quelle giuste condizioni che meglio promuovono la salute generale, ha luogo tanto sicuramente, e non di molto più lentamente di quello che dietro un corso di cura, il quale, oltre gli altri danni, obbliga per settimane e mesi una donna alla sua camera e a letto, col dannoso affievolimento della sua salute generale, e colla totale ruina del suo buon umore, come ebbi opportunità di vedere in parecchie occasioni. Inoltre, grandi variazioni di volume d'utero sembrano egualmente compatibili col normale esercizio delle sue funzioni, mentre la speciale tendenza che offre a crescere di volume in qualche circostanza atta a produrre congestione de' suoi vasi, non devo mai dimenticarsi nello stimare l'importanza patologica dell'ipertrofia, sia di tutto che d'una parte del viscere. Mi conferma ulteriormente in tale opinione, il fatto, che molti dei casi più rimarchevoli dell'ingrossamento del collo dell'utero caduti sotto la mia osservazione, con durezza aumentata da' suoi tessuti, accadde in individui nei quali non v'era traccia d'ulcerazione nè dell'ostio uterino, nè del canal cervicale.

Ma devo fermarmi qui, e riservare alla prossima lezione la prova che dimostri quali siano, a mio credere, le opinioni più valide, e

quale sia la pratica più giudiziosa fra quelle fin qui sottoposte a critica (54).

(54) Se la potassa caustica è per le dette ragioni da rifiutarsi, altrettanto deve essere per i vescicanti preconizzati da Aran, da Rob e Johns. Se trattasi di ingorgo attivo o passivo sanguigno, il sanguisugio o le scarificazioni trionferanno della condizione assai prontamente e saranno più razionalmente prescritte. Se trattasi di ingorgo cronico nel senso di una iperplasia, domando io al patologo a che servirà una rivulsione di tal natura? certo nè a distruggere l'essudato flogistico, nè a ridurre l'aumento degli elementi.

Sebbene di data remota, l'uso dei vescicanti sulle labbra dell'utero nessun distinto ginecologo, come dice Scanzoni, ne fece gli elogi fino ad ora; Nonat stesso dice essergli sempre sembrato che tale medicazione produca troppo o troppo poco. In tali casi i semicupi solventi con 10 a 15 grammi di joduro potassico, le applicazioni dello stesso rimedio sciolto nella glicerina (15 a 20 grammi su 50 a 60) imbevendone una pallottola di cotone che viene applicata contro la cervice uterina, saranno di ben maggiore giovamento.

Io prescrivere un certo numero di pacchetti da grammi 12 e un corrispondente numero di pacchetti di grammi 6 di joduro potassico: faccio sciogliere nel semicupio tiepido d'oggi uno dei primi pacchetti, e nel semicupio del secondo giorno (prelevando un po' dell'acqua per aggiungerne altrettanta di calda) uno dei secondi pacchetti: e ciò per ragione d'economia, come ben si vede. D'ordinario la cura è compiuta con 40 semicupi solventi e con 30 applicazioni locali alla cervice, quali descrissi a giorni alterni. Questa è la mia pratica e me ne lodo per risultati abbastanza pronti e buoni.

Non so dimenticare in questo luogo, quale mezzo riduttivo degli esiti della metrite, la *doccia fredda uterina*, per la quale vuolsi assolutamente usare la precauzione che il getto non sia intermittente ma continuo, onde evitare ad ogni getto d'acqua le scosse ripetute che innalzano ogni volta il viscere e vi inducono dolori e talvolta un vero processo flogistico subacuto.

A tale intento valgono l'irrigatore di Maissonneuve, e l'apparecchio ideato da Scanzoni (fig. 20), e meglio ancora la pompa di Meyer (fig. 21), che da 4 anni faccio usare alle mie malate perchè assai comoda.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE VIII

AFFEZIONI INFIAMMATORIE DELL'UTERO.

Infiammazione cronica e suoi esiti; continuazione. — Prove della dipendenza generale dei sintomi dall'affezione del corpo dell'utero, e indipendenza dall'ulcerazione dell'orificio. — Casi illustrativi. — Risposta alle obiezioni.

Considerazioni sull'ipotesi dell'affezione primaria del canal cervicale; e ragioni per dissentire da essa.

Trattamento di questi casi; deplezione, sedativi, uso dei mercuriali, uso e scelta dei tonici. — Iniezioni vaginali. — Casi eccezionali richiedenti il trattamento locale dell'ulcerazione.

Casi di leucorrea cervicale; loro natura e trattamento.

L'ultima lezione fu quasi intieramente occupata allo scopo di indicare la fallacia di una certa ipotesi che professavà di spiegare l'occorrenza delle irregolarità mestruali, perdite leucorroiche e dolor uterino col riportarle ad una causa singola, e col riguardarle come o quasi come invariabili conseguenze dell'infiammazione della cervice ed ulcerazione dell'orificio uterino.

Ci rimane però da ricercare a quale altra causa o cause devono attribuirsi questi sintomi, e accertare, se è possibile, in quali circostanze l'affezione locale della bocca dell'utero deve riguardarsi come occasionante uno speciale aggravamento dei sintomi della paziente, e richiedente uno speciale trattamento locale.

Nel corso delle precedenti lezioni si sono già anticipate molte notizie che diversamente possono trovar qui un posto più appropriato. Infatti può appena essere necessario di ripetere ciò che ho già detto in riguardo al nesso dell'irregolarità mestruale e della perdita leucorroica col disordine epatico o colla diatesi reumatica o gottosa. Tali condizioni sono da sè stesse ampiamente sufficienti a render oonto dei sintomi che la paziente possa riferire all'utero; e finchè non sono rimossi è inutile e peggio che inutile il tentare una cura con un trattamento locale.

Ma v'è inoltre una grande categoria di casi in cui i sintomi rimontano ad una gravidanza, parto od aborto, ed in cui l'ingrandimento dell'utero e la storia della paziente additano ad una causa puramente locale di malattia. Però in questi casi il corpo dell'utero è la porzione più affetta, giacchè siccome ha la parte maggiore in tutti i cambiamenti che la gravidanza porta seco, così ogni difetto nell'involutione dell'organo lascerà il suo corpo più ingrossato, o la sua membrana interna più vascolare che le pareti e membrana del canal cervicale. Spesso infatti ma non sempre un ingrossamento del collo dell'utero accompagna quello del corpo, ma il primo non è l'occasione di quest'ultimo; è, io credo, secondario per ordine di tempo, e subordinato per riguardo d'importanza (*).

In 40 per cento di tutti i casi che vennero sotto la mia osservazione, la storia della paziente risaliva all'una o l'altra di queste cause ultime-nominate; perchè infatti non è possibile concepire uno stato di cose più favorevole di esse al sopraggiungere di infiammazione o processi affini. E se così avviene ne troviamo l'invasione annunciata da dolori di natura più severa, e di un carattere più distinto di parossismo, di quello che accadesse prima, talora anche crucciante per violenza; mentre perfino al suo mancare v'è estrema addolorabilità dell'utero, con gran calore della vagina, e di solito un'assai abbondante leucorrea purulenta; sebbene spesso non sempre tinta di sangue. Inoltre questi sintomi locali si associano a disturbo costituzionale più o meno considerevole, mentre che al loro cessare il tessuto uterino, fin dove ci possiamo accertare del suo stato, si sente essere più d'uno di prima; e da ultimo questi sintomi, una volta comparsi, sono facili a recidivare a intervalli irregolari pel periodo di molti anni, presentanti in ogni occasione lo stesso carattere, suscettibili dello stesso trattamento, ma malgrado ciò ritenenti la stessa disposizione a ripetersi ancor più volte di nuovo.

Nel settembre del 1851 una donna maritata, di 41 anni, fu ammessa all'Ospital San Bartolomeo e raccontò la seguente storia de' suoi mali:

Maritata a 16 anni, alla qual epoca la perdita mestrua era scarsa

(*) Mentre si stavano stampando questi fogli, mi capitò nelle mani il trattato di Scauzon sull'infiammazione cronica dell'utero (*Die chronische Metritis*, 8.^o. Vienna, 1863) sebbene troppo tardi per me, per farne quell'uso che avrei diversamente desiderato di fare. Posso però chieder scusa se esprimo la mia soddisfazione al trovare le opinioni che da più che dieci anni, pubblicai nelle mie lezioni croniane, così pienamente confermate dall'esperienza del professore tedesco.

« Ogni spregiudicato osservatore, dice egli, deve venire alla conclusione che l'importanza delle così dette affezioni infiammatorie del collo dell'utero, fu valutata di troppo nel corso degli ultimi venti anni, che molti disturbi, molti sintomi di malattia furono attribuiti a queste condizioni senza la minima prova di un nesso effettivo esistente fra loro.

« Noi, per parte nostra, siamo formamente convinti, che le alterazioni patologiche della parte superiore dell'utero sono di maggior momento tanto localmente, come anche per riguardo al disordine che producono in organi lontani, che i rigonfiamenti, le ipertrofie, le granulazioni e le ulcerazioni della cervice, di recente tanto valutati, » pag. 53.

ed irregolare nelle sue epoche, restò subito gravida, ma abortì al terzo mese. Una seconda gravidanza finì a pieno termine, dopo un lento travaglio della durata di due giorni e mezzo, nel 18.^o anno di vita; e una terza gravidanza subito dopo terminò prematuramente al quarto mese. I sintomi datavano dal tempo del suo lungo travaglio, e consistevano in perdita lencorroica, talora assai copiosa, e talvolta poi di odore assai disagiata; un senso costante di malessere alla regione dell'utero, con acute fitte dolorose a tratti, riferibili principalmente all'inguine destro, e sempre aggravate al periodo mestruo; mentre la perdita mestruale, che per anni era andata gradatamente crescendo in quantità ed era adesso estremamente profusa, era sempre susseguita da sollievo temporario delle sofferenze della paziente. Il dolore e l'emorragia avevano logorata anche la sua salute, la di lei fisionomia era agitata, il polso a 128 e debole. Si trovò l'utero pintosto abbassato ma non molto ingrossato, sebbene assai sensibile; la cervice indurata, alquanto allungata e assai dolente, e l'orificio uterino, che era piccolo e circolare, non presentava traccia di abrasione sia delle labbra che del canale della cervice, quantunque la congestione di tal parte fosse assai marcata. Il riposo, il sanguisugio locale ripetuto e i sedativi mitigarono i patimenti della malata; la dieta migliorata ne ristorò le forze, e quando lasciò l'ospedale in novembre, aveva perduto il senso di dolore a premito; v'era ben poca lencorrea, la sensibilità dell'utero era di molto diminuita, ed era affatto scomparsa la congestione del suo orificio. Piuossi aggiungere che una volta durante il corso della cura si mostrò un'abrasione superficiale dell'ostio uterino, ma scomparve da sè in pochi giorni. Per quanto grande fosse il sollievo ottenuto, non mi lusingai che la paziente avrebbe continuato ad esser libera da sofferenze ritornando a domicilio a prender parte ai doveri, e a sottostare alle fatiche inseparabili della povertà.

Diffatti, in meno di dodici mesi ritornò allo spedale presentando gli stessi sintomi di prima, e si sottopose ad un piano identico di cura collo stesso risultato. Anche in quest'occasione la bocca dell'utero non presentava abrasione, sebbene la si esplorasse di frequente per accertarsene. La paziente questa volta rimase all'ospedale più a lungo di prima, e prese piccole dosi di bicloruro di mercurio per parecchie settimane, sebbene mai in tal quantità da ammalarne la bocca. Per sei mesi dopo la sua dimissione continuò pressochè libera di mali, ma nel settembre 53 le cominciarono a ritornare i sintomi: la mestruazione, sebbene non così profusa come prima, divenne di nuovo assai dolorosa; e per alcuni giorni prima del suo ingresso all'ospedale, il 20 ottobre, ebbe parossismi di tale intensità che rotolavasi pel letto in infrenabile angoscia dolorosa, cui larghe dosi di sedativi furono impotenti a sedare. Al suo ingresso v'era l'istessa intensa congestione della bocca dell'utero come nelle altre volte, con perdita assai abbondante, molto fetente e purulenta, leggermente tinta di sangue procedente dall'interno dell'utero: l'utero stesso essendo

abbassato alquanto, più grosso del normale, la cervice ingrossata, dura, rigonfia e molto sensibile, ma non si vedeva traccia d'abrasione del muso di tinca. L'applicazione di sei sanguette all'utero fu seguita da gemizio così profuso, da cagionare sincope; ma per parecchi giorni consecutivi la paziente si mantenne perfettamente libera da dolori, ed ancorchè ritornassero dopo, pure non raggiunsero mai l'istesso grado di intensità. Restò all'ospedale sei settimane, nel qual tempo si ricorse occasionalmente al sanguisugio locale; si diedero di nuovo piccole dosi di bicloruro di mercurio, assieme col sciropo d'ioduro di ferro; e sotto questo trattamento si ebbe miglioramento un'altra volta, e il collo dell'utero all'epoca del licenziamento della paziente dall'ospedale, era almeno un terzo più piccolo che non fosse al di lei ingresso.

Riportai questo caso, e per gli schiarimenti che dà circa la cura con cui devono trattarsi questi sintomi, come anche perchè mostra i sintomi nella lor forma più acuta e ricorrenti con quella pertinacia che è uno dei più dolorosi caratteri di questa classe di mali. Comprendo che non si sbaglia a connettere il principio della malattia di questa paziente con qualche affezione infiammatoria della membrana mucosa uterina avvenuta dietro il parto, e durante gli anni susseguenti di quando in quando rinnovata da cause che non si stenta a trovare nell'azienda domestica del povero. Non è difficile moltiplicare casi di tale natura, ma ad ulteriore schiarimento del soggetto voglio proprio riportarne un altro di natura affine. In alcuni casi, fortunatamente assai pochi, l'infiammazione, che nella gonorrea di solito si limita alla vagina, non solo invade la membrana mucosa della vescica, ma affetta anche la membrana interna dell'utero, e si estende perfino al peritoneo, talora mettendo in pericolo la vita dell'ammalata. Ma senza produrre questi più formidabili effetti, l'infiammazione acuta della vagina si estende oltre la sua sede di origine, ed occasiona sintomi come quelli che stiamo ora considerando. Una paziente, di 35 anni, fu ammessa all'ospedale di San Bartolomeo, lagnantesi di disuria e frequente minzione, di mestruazione penosa e profusa, e scolo leucorroico, sintomi che essa riferiva ad un attacco alquanto severo di gonorrea tre mesi prima. L'utero fu trovato molto ampliato, antiverso, e fisso in tal posizione non naturale, mentre il suo parenchima generalmente era molto più duro del naturale, e i margini dell'ostio uterino, ancorchè esenti dalla menoma traccia di abrasione, presentavano una congestione molto marcata, e dall'interno fluiva abbondantemente la perdita. Non è presunzione fallace, io credo il supporre, che tutti questi sintomi, di cui la paziente aveva mai sofferto previamente alla gonorrea, fossero eccitati dall'aver dedita attaccato l'interno dell'utero, e reso aderente l'organo in basso nella sua posizione non naturale per adesioni conseguenti ad infiammazione peritoneale.

È bene ricordare, in relazione a casi di questo e di simil genere, che la presunzione che l'infiammazione invada il corpo dell'utero non

è sufficientemente esclusa dalla mancanza nella storia della paziente di alcuna menzione di sintomi così gravi, come quelli che si è inclinati a immaginare prodursi necessariamente dalla infiammazione delle parti più importanti di questo viscere. Nella disamina dopo morte troviamo costantemente adesioni tra l'utero e il retto, o un impasto assieme di parti entro la duplicatura dell'uno o dell'altro legamento largo, quantunque la paziente durante la vita non abbia motivato attacco alcuno di infiammazione uterina o addominale. Non di rado pure troviamo l'intero fermamente fisso nella pelvi, palcosi ingrossamenti del legamento largo o del tessuto cellulare pelvico; mentre pure l'esame più minuto non rileva alcunchè di più definito della dichiarazione che un parto difficile, o un cattivo aborto qualche tempo prima fu seguito da una convalescenza tediosa e dolorosa.

Si potrebbero menzionare altri casi, che io credo, ammettono la stessa interpretazione — casi in cui i sintomi insensero il matrimonio, o in cui tennero dietro a mestruazione soppressa; nè io vorrei proporre una spiegazione differente di quei casi in cui gli spostamenti uterini come l'ante o retroflessione sono seguiti da seguiti di disordini sessuali quali abbiamo considerati, o in cui erano associati a spostamento d'ovario. In tutti questi casi, io credo, è l'interno della cavità dell'utero che soffre per primo, è da qui che derivano le emorragie, da qui viene fornita la maggior parte della perdita leucorreaica, ed è l'irritazione di quella parte dell'organo in cui si compiono le più importanti funzioni che conduco all'aumento del suo volume così apparente nel gran numero dei casi di malattia uterina di lunga durata. L'osservazione costante dimostra che anche le ovaie ne soffrono, e fatti comprovanti l'affezione del collo dell'utero vengono continuamente a nostra cognizione; ma mi sembra non vi sia alcuna prova, che, come regola generale, il punto di partenza del male sia nel collo dell'utero più che al suo orificio, od alle sue dipendenze.

Vi sono difatti alcuni autori, che, mentre ammettono l'importanza comparativamente piccola dell'ulcera del collo dell'utero, pure mi sembra non facciano abbastanza conto delle malattie del cavo uterino. Il complicato apparato secretore della cervice, così minutamente descritto e così bene delineato dal dottor Tyler Smith e dal dottor H. Assall (*), sembra in verità fornire un'ampia sorgente per una quantità qualunque di secrezione.

Ma deve ricordarsi che, come molti altri apparati secretori, questo non è sempre in attività continua. La sua piena azione pare si produca solo durante la gravidanza, e la mia propria osservazione

(*) Nel volume 35 delle *Transazioni Medico-chirurgiche*; e poscia dal dottor Tyler Smith nel suo lavoro sulla *Leucorrea*, 8.^o Londra, 1853. Huguier fu, a quanto credo, colui che nelle sue lezioni all'ospedale de l'Ourcine pubblicate nella *Gazzetta degli Ospitali*, nel 1847, annunciò nettamente l'opinione, che la principale sorgente della leucorrea doveva cercarsi nell'affezione dell'apparato ghiandolare della cervice dell'utero, e sostenne tal modo di vedere con argomenti assai cogenti, sebbene per ragioni espresse nel mio testo, mi azzardai a dissentire dalle conclusioni a cui arrivavano egli ed altri scrittori che vennero dopo.

non conferma l'asserzione che negli intervalli dei periodi mestrui si scerna un turacciolo mucoso che chiuda quasi ermeticamente il canal della cervice, giacchè rimarcaì che una tal secrezione esisteva o mancava negli uteri che ho esaminati. Posso aggiungere inoltre che il dottor Henning (*), che ha dedicato tanto lavoro al soggetto che stiamo ora considerando, dice espressamente essere la gravidanza l'unica condizion fisiologica in cui si formi questo turacciolo mucoso.

Questi fatti addotti, concernenti le funzioni delle glandule cervicali, servirono però di fondamento ad una teoria, secondo cui esiste una specie di azione antagonistica tra la cavità e il collo dell'utero; la prima versando fuori periodicamente la scarica mestruale, questa formando periodicamente una secrezione per cui si chiude il suo canale, finchè il turacciolo vien tolto da ogni mestruazione. Si danno a questa secrezione scopi ipotetici in nesso col processo generativo, contro la validità dei quali la frequente mancanza di quel secreto è uno degli argomenti più stringenti. In conformità pure a tale presunzione della condizion fisiologica di queste parti, si asserisce che la leucorrea è in generale puramente un'ipersecrezione dall'apparato glandulare della cervice dell'utero, e molti dei mali, che occuparono la nostra attenzione in questa e nella precedente lezione, si riguardano puramente come risultati secondarii, sia di irritazione locale prodotta dalla perdita sulle parti vicine, sia di disordine costituzionale eccitato dall'assorbimento purulento dovuto alla presenza costante della secrezione morbosa in vagina.

V'è qualcosa di attraente nelle ipotesi ingegnose, che non dobbiamo esser sorpresi se talora vengono proposte un po' in fretta, e questo è più verosimilmente il caso, giacchè il punto su cui riposa è pressochè impossibile a determinarsi con certezza dall'osservazione attuale. Non dubito menomamente della miscela frequente e forse anche costante della secrezione delle glandule della cervice con quella della cavità dell'utero nell'ordinaria leucorrea, credo che in alcuni casi, che noterò più dopo, tale secrezione costituisca la maggior parte della perdita. Però vi sono alcune considerazioni, che, in mancanza di ogni mezzo per positivamente determinare durante la vita delle pazienti, se una perdita fluente dall'orificio uterino è data dal canal cervicale o da un punto più alto entro il cavo dell'utero o da ambedue, devono farci esitare ad attribuire così poca importanza alle affezioni delle cavità dell'utero nella produzione della leucorrea e dei disordini affini.

Alcune delle più stringenti di queste furono già ampiamente dettagliate che sembra quasi superfluo il riportare ancora una volta i cangiamenti che succedono al parto, in cui la membrana mucosa della cavità dell'utero ha una parte tanto maggiore di quella della cervice, e continua a riversar fuori una secrezione muco purulenta

(*) *Op. cit.*, pag. 18.

lunga pezza dopo che ha cessato ogni flusso sanguigno. La storia di un ordinario periodo mestruo porge un'altra illustrazione dello stesso fatto. La miscela di muco ed epitelio, che al suo principio e fine costituisce la maggior parte del flusso mestruo non solo fa ritenere che venga fornito dalla membrana mucosa del corpo dell'utero congesta, ma all'esame dopo morte può vedersi, oltre che nel suo cavo, anche in tutto il lume delle trombe fallopiane conseguentemente distese (*). D'altronde da dove potrebbe fluire se non da tal sorgente, come accade talora nell'individuo per 12 o 24 ore dopo la cessazione di ogni miscela di sangue, dacchè la secrezione che si forma nel canal cervicale bisogna sia smossa al principio di ciascuna mestruazione, e le funzioni periodiche dello due parti dell'utero si ritengono esercitarsi ad epoche differenti? Nè si d'ove dimenticare che la membrana mucosa della cavità uterina è provvista di ghiandole appropriate a dare tale secrezione, in numero quasi infinito, curiosamente convolute onde crescerne l'estensione di superficie, e suscettibili di una particolare ipertrofia più rimarchevole di qualunque altra che si osservi aver luogo nello ghiandole della cervice. L'osservazione scopre pure non di rado che la membrana mucosa della cavità uterina è abbondantemente bagnata da secrezione, mentre di quando in quando il caso o la malattia fanno testimonianza dello stesso fatto, come nel caso dell'utero arrovesciato, uno dei cui sintomi più costanti, oltre alla profusa emorragia, è la leucorrea abbondante; o nel caso di infiammazione della membrana interna dell'utero, in cui se qualche accidente venne ad impedire lo scolo della secrezione, si trovò la cavità dell'organo distesa da una raccolta di pus (**).

Rigettando dunque la supposizione che i sintomi ora considerati siano in generale dovuti all'ulcerazione dell'ostio uterino od a qualche affezione delle ghiandole della sua cervice; veniamo ora alla ricerca del loro più appropriato trattamento. Questo, come subito comprenderete, differisce assai secondo che i sintomi hanno un carattere attivo, o sono puramente cronici, quantunque in ambo i casi le indicazioni da soddisfarsi siano poche, e i mezzi da usare abbastanza semplici. Finchè vi sono sintomi acuti, o qualunque volta

(*) Sembra dubbio infatti, se l'affezione delle tube fallopiane non abbia una parte di gran lunga più importante di quanto siano avvezzi a supporre nella produzione di molti mali del sistema sessuale della donna. Vedi le osservazioni di Henning sulla preponderanza del catarro delle trombe, su affezioni simili del corpo o del collo dell'utero, o della vagina, op. cit., pag. 28.

(**) Si ricordano molti casi simili. In uno, i cui particolari son dettagliati a pag. 79 delle mie lezioni Croonianne e riferite a pag. 97 della 6.^a lezione, una pura flessione del collo dell'utero prevenne la sortita dei liquidi dalla sua cavità, ed era distesa dalla raccolta interna di pus al volume di un ovo di gallina. Le storie di casi d'inversione d'utero, quali, per esempio, son dettagliate nella monografia di Cross su questo soggetto, rappresentano la leucorrea profusa, quale uno dei sintomi che mancano mai, talora anche, sebben non sempre, seguita da perdita sierosa quasi continua, che surroga alla fine in parte o in tutto la perdita copiosa di sangue, che in molti casi accompagna i piccoli polipi mucosi della cervice; e d'altra parte ampia evidenza che l'emorragia può tener dietro all'irritazione del collo dell'utero, nell'istesso modo che la perdita mucosa accompagna l'irritazione del suo corpo e fondo.

ricompajano nello stadio cronico della malattia, il sanguisugio locale offre il rimedio più pronto e più efficace d'ogni altro mezzo di cura. Le sanguette devono applicarsi all'utero stesso, non più di 4 per volta, e non è bene il ripeterne l'applicazione più d'una volta alla settimana od ogni dieci giorni; un'altra precauzione, su cui già richiamai la vostra attenzione, consiste nel non sanguettare mai l'utero entro 4 o 5 giorni dal periodo mestruo, per timore di disturbare la regolarità di tale funzione, sia col farla anticipare, che col ritardarla di qualche dì (il che peraltro è meno frequente). Il dolore che rimane dopo la mestruazione in alcuni di questi casi, specialmente in quelli in cui la perdita è scarsa, viene di spesso molto alleviato dall'applicazione di poche mignatte al cessare del periodo. Dopo la sottrazione del sangue i sedativi diretti richiedono la vostra attenzione per mitigare le sofferenze. Dietro quanto si disse nelle precedenti lezioni su questo soggetto, vi ricorderò semplicemente che, qualora i sedativi abbisognino a lungo, quanto più saranno miti e più piccole le dosi, minore sarà il rischio di danno alla salute dal loro uso continuato. Il dolor lombare è spesso mitigato da contro irritazione al sacro, che in genere è più efficace degli empiastri di opio o belladonna, mentre anche i suoi buoni effetti sono in generale più costanti. Una preparazione conveniente a tale intento si è un linimento d'olio di crotontiglio composto di una parte di esso con dieci di semplice linimento canforato, che non deve strofinarsi sul sacro, ma applicarsi semplicemente con una spugna due volte al giorno, e così adoperato irriterà alquanto la pelle, ma senza produrre alcuna incomoda eruzione pustolare (55).

Gli stessi mezzi che mitigano il dolor uterino di rado falliscono nel diminuire l'irritabilità della vescica che spesso vi si accompagna, e la quale, dopo dissipati i primi sintomi più acuti, si associa assai di frequente ad abbondante deposito di fosfati nell'urina. Piccole dosi di acido cloridrico o tintura di iosciamo ed estratto e decotto di pareira (56) sono i più proficui mezzi. Finchè esiste molto dolore e molta sensibilità uterina non servono le applicazioni locali, nè le iniezioni vaginali, eccetto che sieno semplicemente calmanti, come l'acqua tiepida, e allo stesso scopo riuscirà benefico il semicupio tepido. Mentre si usano questi mezzi, si richiede per qualche tempo

(55) Io uso in tal caso con molto vantaggio il senapismo volante all'ipogastrio, al lombo e alle cosce, là dove più si fa sentire il dolore. È di comoda applicazione, non è seguito dalla nojosa medicazione quale richiede il vescicante, ed è di effetto assai più pronto di quest'ultimo.

DE-CRISTOFORIS.

(56) La pareira è un diuretico che ci viene dato dalla pareira brava, *cissampelos pareira*, dalla quale si estrae la così detta cissampelina, pare come diuretico usata sebbene da pochi. È di sapore amaro ed inodoro.

DE-CRISTOFORIS.

il riposo assoluto, sebbene non si debba dimenticare nel trattamento della malattia uterina che vi sono certi mali reali a cui si espone la paziente pel riposo prolungato o per l'interruzione generale dello stato di sua salute, ed anche per il quasi inevitabile dirigersi del suo pensiero alla sede del male, durante i giorni in cui sospende le sue occupazioni ordinarie ed i suoi passatempi. Allo stesso tempo è necessaria molta prudenza nelle restrizioni, ed anche per mesi dopo che la paziente è in convalescenza, l'approssimarsi del periodo mensile, la presenza delle mestruazioni, e i primi pochi giorni dalla sua cessazione, sono epoche in cui bisogna usare strettamente di ogni precauzione e riguardo.

Se i sintomi sono attaccati prontamente, talora scompajono gradatamente e senza interruzione, quantunque la tendenza a riprodursi ad ogni epoca mestruale, o per occasione di una lieve imprudenza, è uno de' più imbarazzanti fenomeni di questi casi. Dopo parecchi insuccessi di tal genere, troviamo l'utero non solo ingrossato e meno mobile del naturale, ma il suo tessuto è più duro al tatto, carattere più particolarmente presentato dalla cervice. Le mignatte operano ancora qualche cosa in molti casi a togliere questa condizione, sebbene in generale non sia conveniente di applicarne più di due per volta, e il risultato ottenuto deve risolvere la questione circa alla frequenza della loro ripetizione. In questi casi il bicloruro di mercurio costantemente usato per molte settimane mi sembrò preferibile ad ogni altro rimedio, esercitando un'influenza decisa nel ridurre l'ingrossamento e diminuire l'induramento dell'organo, mentre non irrita l'intestino nè attacca la bocca come gli altri preparati di mercurio, nè disordina la digestione nè produce insonnia; inconvenienti che sono incerti all'uso dell'ioduro potassico. Preferisco darlo in pillole con pochi grani di estratto di cicuta, e se si prende durante il pranzo o la cena, si evita il rischio di irritare gli organi digestivi; cosa di non piccola importanza, dove l'appetito, come in questi casi, è capriccioso. Spesso si ha bisogno di qualche tonico, e pochi sono così adatti come il liquore di cincona (57). Se l'alvo è costipato, la funzione epatica in disordine, accidenti molto facili a succedere, il sospendere l'uso dei tonici per un giorno o due, un eccoprotico con due o tre grani di pillole bleu, o una pillola contenente un grano e mezzo di polvere grigia, di estratto acquoso d'aloe e di estratto d'iosciamo, di solito toglieranno i sintomi.

Il dolore nell'una o l'altra regione iliaca accompagna di frequente questa condizione. Un piccolo vescicante in generale lo mitiga, o se il dolore non è così forte da necessitare l'impiego di un rimedio da

(57) Il liquore di cincona degli Inglesi è il nostro sciroppo di china-china.
DE-CRISTOPORIS.

cui in genere le pazienti rifuggono, si può invece adoperare un linimento di belladonna, aconito e linimento saponato (*).

Lunga pezza dopo che i sintomi sono scomparsi, e almeno furono assai mitigati, rimane una disposizione ad eccessiva mestruazione ed anche a profusa leucorrea, dovuta, io credo, alla persistenza della congestione non solo della sostanza uterina, ma in particolare della membrana interna dell'utero. È questo uno stato di cose per cui i preparati marziali sono in generale i migliori rimedii, ed io non ne conosco di migliore che il composto di solfato di ferro, solfato di magnesia, ed acido solforico di cui parlai più sopra (**). Ma altro rimedio che provai con vantaggio sulla raccomandazione del dottor Tyler Smith, come specialmente adatto a casi in cui la menorragia è il sintomo prominente, è un composto di allume e solfato di ferro. Egli parla di un composto salino che impiegò nei suoi malati all'Ospitale (**); ma anche nella semplice forma di prescrizione estemporanea mi parve assai utile.

Ma oltre i rimedii interni, possono usarsi con vantaggio negli stadii più cronici di questa affezione, varii rimedii esterni, quali i semicupii e le iniezioni vaginali. E vero che noi, che ora crediamo l'origine principale del profluvio in questi casi non essere la vagina ma l'utero, non possiamo riprometterci molto dal loro uso, come vi calcolavano i nostri predecessori, i quali credevano che il fluido iniettato nella vagina venisse in diretto contatto colla superficie secernente da cui era fornita la perdita leucorrea. Pure, il solo scopo della nettezza dà una ragione ovvia del perchè si debba usare di iniezione in ogni caso di leucorrea abbondante; mentre di più dev'essere aver presente, che quasi sempre, quando il male dura da tempo, una parte dello scolo si secerne dalle pareti vaginali, e parte dai follicoli della cervice, su ambedue le quali parti può attendersi che il fluido medicamentoso agisca più o meno energicamente. L'iniezione servirà inoltre a dar tono alla vagina rilasciata, e così opporsi alla disposizione al prolasso, che è una sequela pressochè costante dell'infiammazione uterina, mentre se si fa con abbondante liquido o se la sua iniezione si continua per parecchi minuti ad ogni volta, non è senza decisa influenza anche sul corpo e cavità uterina.

Onde ottenere tale intento però è essenziale che si adoperino le iniezioni con molto maggiore efficacia di quanto può farsi con si-

N. 10.

(*) Estratto belladonna	Gram. 1
Tintura d'aconito (di Fleming)	" 8
Linimento di sapone composto	" 40

M. f. linimento.

Devo questa formola assai utile ad uno scritto del dottor Oldham sull'uso del bichloruro di mercurio nell'ipertrofia dell'utero. *Rapporti dell'Ospitale Guy*, 2 serie, vol. 6, pt. 1, pag. 161.

(**) Vedi la formola N. 1, pag. 46.

(***) *Patologia e cura della leucorrea*, 8.^a, 1835, pag. 193.

ringho ordinarie, o con palloni di gomma elastica comunemente usati. L'ingegnosa siringa del dottor Evory Kennedy, od anche la siringa cilindrica a pompa, che è un'applicazione più conveniente della sua idea originale, richiedono ambedue un grado di forza nella mano che poche donne possiedono: ma una recente modificazione della siringa ordinaria, quale vidi dal signor Fergusson, fabbricatore di strumenti di Via Giltspur, provveduta di un fermaglio che la mantiene fissa senza impegnare ambo le mani, mi sembra ovviare tutta la difficoltà che si trovava nell'uso degli altri strumenti. Ancor più efficace è però la doccia, la quale infatti sono abituato ad usare molto generalmente nella pratica d'ospedale in tutti i casi in cui l'origine della perdita sembra essere il cavo uterino. Il solo inconveniente del suo uso si è di creare una specie di imbarazzo nell'apparocchiarla, il che mi conduce nella pratica privata a sostituirvi usualmente il semicupio. Si ottiene un buon astringente sciogliendo 120 grammi d'allume nell'acqua del semicupio. Se la paziente ha paura di prender freddo, il bagno può riscaldarsi a circa $+ 21^{\circ} \text{C}$, e per gradi può ridursi la temperatura finchè lo si prende freddo affatto. La mattina è il tempo più conveniente di farne uso, e la paziente deve restarvi almeno 10 minuti onde ottenere qualche importante beneficio.

In riguardo alle iniezioni vaginali, il punto più importante nella loro composizione è che siano di poca spesa e prontamente preparate dalla paziente istessa. La lozione di piombo diluita che può farsi al momento coll'estratto di Gonlard, le lozioni di zinco o allume hanno tutto i loro vantaggi; mentre 4 grammi di tannino o 15 di allume sciolti in un litro d'acqua formano un astringente tanto potente quanto il decotto di cortecce di quercia e la lozione di allume, che richiedono molto tempo per la loro preparazione (*).

Sebbene nella gran maggioranza dei casi queste misure bastino per la cura graduale delle ammalate, pure vi sono talora eccezioni a questa regola, o talvolta sono necessarie applicazioni locali per produrre la guarigione di uno stato di ulcerazione od abrasione dell'osculo uterino che abbia persistito, poco o nulla essendosi modificato dal trattamento generale (58).

(*) Fu dal dottor Matteo Duncan descritta nel giornale medico di Edimburgo, marzo 1860, una forma particolare di leucorrea uterina, limitata nelle sue comparse alle persone attempate ed associata a dilatazione della cavità ed atrofia delle pareti dell'utero. I suoi sintomi caratteristici sembrano essere un dolor lombare e pelvico particolare, accompagnato da un senso di costrizione e la perdita di un mucopus. La sua cura sembra richiedere la dilatazione dell'orificio interno contratto colla sonda, e l'applicazione del nitrato d'argento all'interno dell'utero. Credo di avere trovato una o due volte questa condizione, ma le pazienti moralmente sollevate dal dubbio circa l'esistenza di cancro uterino, preferiscono adattarsi all'incomodo piuttosto che sottoporsi al trattamento per la sua cura.

(58) Non è da trascurarsi la scelta di un mezzo comodo e facile per tali iniezioni, giacchè la paziente, quando deve far grandi preparativi della per-

L'apparenza rosso vivida della bocca dell'utero, associata ad abrasione più meno grande della sua superficie, ed un aspetto leggermente granulare, che si trova non di rado negli stadii più attivi di queste affezioni, in gran parte perde il suo carattere ed il suo vivo colore, per scomparire finalmente dietro la deplezione locale richiesta generalmente dallo stato dell'utero. Talora però si mantiene, le sue granulazioni diventano larghe, molli, assai vascolari e sanguinano facilmente, mentre la superficie secerne una gran quantità di materia albuminosa. In tal caso la bocca e la cervice dell'utero sono di solito sensibili, il coito è doloroso, e spesso seguito da un po' di sangue. Questa condizione, alla stessa guisa dello stato di gonfiore granulare della congiuntiva palpebrale nell'oftalmia purulenta dei bambini, è generalmente molto migliorata da estese scarificazioni, che possono esser seguite dall'applicazione giornaliera di allume in polvere su fiocco di cotone, o dall'introduzione di un fiocco di cotone inzuppato in una soluzione forte di allume. Per mezzo di un filo attaccato al cotone, desso può esser ritirato dalla stessa paziente nel corso di poche ore, quantunque abbisogni sempre dello specchio per esser introdotto. Nel maggior numero di casi, lo stato della bocca dell'utero migliora tanto in 4, o 5 giorni che si può allora far senza di questo modo di trattamento, e l'uso continuo di iniezioni astringenti, forti, usualmente basterà a completare la cura della malata. Quando questo non sia il caso, ma la condizione morbosa persista, ponno usarsi applicazioni più potenti. In generale non è confacente in questi casi il nitrato d'argento, perchè la sua applicazione è spesso seguita da dolore ed anche da perdita di sangue. In questo caso, come pure ogni qualvolta abbisogna un caustico forte, mi sembrò più utile l'applicazione del nitrato acido di mercurio; e con discreta attenzione l'uso ne è senza rischio. Però quando lo si impiega, la paziente deve essere coricata sul dorso, e dopo aver introdotto uno specchio bivalente

sona e di oggetti per tali operazioni, presto si stanca e tronca la cura troppo incomoda. Per queste iniezioni medicate io ho trovato, migliore di tutti gli strumenti, l'*irrigatore a sistema Eguisier* (fig. 22), il quale serve anche allo scopo di clistere e permette di spingere in vagina più di 500 grammi di liquido medicato; mentre il condotto lungo e flessibile, di cui è munito, permette che la donna compia l'iniezione seduta sulla sedia o sulla predella: all'estremità del condotto si aggiunge una cannula di gomma per la vagina che si insegna di inoltrare per sei dita trasverse almeno. Per medicare il liquido si prescrivono pacchetti di solfato di zinco o di solfato di ferro, di allume, di tannino puro. Il primo preparato è preferibile perchè non loda le biancherie. Con uno di questi pacchetti la malata prepara in un momento la soluzione astringente, che versa nel clysopompe e inietta assai comodamente in vagina. Sono dettagli che non ho voluto dimenticare, acciò le prescrizioni vostre riescano incomode il meno possibile alla paziente e siano così più facilmente eseguite.

DE-CRISTOFORIS.

di Coxeter in modo da esporre completamente la bocca e inchindere la cervice, bisogna disporre con cura tutt'intorno all'orlo dello specolo un po' di cotone in fiocco onde assorbire l'acido superfluo, e prevenire che coli in basso al di fuori dello specolo e così possa portar lesione alla vagina. Un pennello è subito fatto facilmente con un piccolo pezzo di cotone in fiocco adattato e posto in un afferratore, con tal mezzo si può pennellare tutta la superficie ammalata col caustico, il quale vi forma immediatamente un'escara bianca. Un pezzo di fiocco di cotone secco compresso contro la parto assorbirà il canstico superfluo; il poco cotone disposto intorno ai margini dello specolo si può allora ritirare, e così pure lo specolo. Un'altra precauzione però, che è bene di prendere, consiste nell'applicare sulla bocca dell'utero un po' di fiocco di cotone umido prima di ritirare lo specolo, che può esser levato dalla paziente dopo poche ore. Di rado questa applicazione è seguita da dolore o sangue, e in capo ad una settimana l'escara sarà di solito separata, si troverà che la superficie ha perduto il suo carattere fungoso, e che la cicatrizzazione va cominciando a' suoi bordi. Una lozione di zinco di circa 30 centigrammi con 30 grammi di acqua, o il lavacro nero (59) usato come iniezione vaginale due volte al giorno, sarà allora generalmente sufficiente: ma talvolta la superficie riveste di nuovo un carattere indolente, e può in allora essere espediente il toccarla una o due volte col nitrato d'argento, ed io ho trovato necessario in alcuni casi di ripetere l'applicazione del nitrato di mercurio.

Un altro stato da me veduto di rado, ma che di solito sembra richiedere le applicazioni caustiche, è quello in cui la bocca dell'utero è sede di un'ulcera distinta a bordi regolari a fondo in apparenza un po' scavato, coperta in parte da strato sottile di linfa gialliccia-sporca, ma rossa e sanguinante quando la si distacca. Questa condizione mi fu dato di notare d'ordinario in donne la cui storia precedente porgeva evidenza di infezione sifilitica qualche mese prima, e in generale scompariva rapidamente dietro una o due applicazioni di nitrato di mercurio.

Oltre le due sunnominate condizioni della bocca dell'utero, che sono quelle che più spesso sembrano indicare le applicazioni caustiche, in altri casi posì quest'ultime in uso empiricamente, quando trovava che l'ulcerazione e qualche identica condizione morbosa della bocca dell'utero esisteva indipendentemente da qualunque malattia

(59) Colla denominazione di *lotio nigra*, *blackwash*, *black lotion*, *Grey lotion*, gli Inglesi intendono una mistura di calomelano ed acqua di calce in varie proporzioni, per esempio:

Calomelano	Gram. 4
Mucilagine gomma arabica	» 15
Acqua di calce	» 150
P. iniezioni.	DE-CRISTOFORIS.

apprezzabile altrove, o dove uno stato morboso della bocca aveva persistito, dopochè gli altri sintomi di malattia uterina erano stati debellati. Per altro nè l'uno nè l'altro di questi casi mi sembrò accadere di frequente.

Quantunque esprima il mio dissenso dall'opinione, che la sola, o la principale causa dello scolo leucorroico, nella maggioranza dei casi, sia la struttura follicolare della cervice uterina, non si deve però dimenticare che una secrezione molto copiosa può fluire da tal parte, e che in qualche circostanza la perdita può derivare quasi esclusivamente dalla detta cervice. L' interno apparato glandulare della cervice dell'utero subisce un ragguardevole sviluppo durante la gestazione, ed esercita la sua funzione secretoria con un attività che contrasta rimarchevolmente colla sua condizione nello stato non gravido; ed allora anche molti dei follicoli mucosi, acquistando un volume insolito senza aprirsi e dar esito al loro contenuto, formano quei corpi che sono usualmente conosciuti sotto il nome di corpi Nabotiani (*).

Ma oltre la gravidanza vi sono alcune altre condizioni, non ben conosciute, sebbene io credo generalmente connesse a qualche previa irritazione del corpo stesso dell'utero, susseguente all'aborto, o prodotta da eccessi sessuali abituali (come nel caso delle prostitute), in cui le glandule cervicali si ingrossano, e secernono una materia abbondante trasparente albuminosa. In alcuni casi la perdita si raccoglie entro il canal cervicale, e sfugge a sgorgi a brevi intervalli. In altri casi lo scolo è continuo, e può vedersi uscire in grande abbondanza dall'osculo uterino, che è abitualmente aperto, le sue labbra ingrossate ma molli e non sensibili, con condizione granulale od abrasa della loro superficie, che ora esiste ora non esiste in proporzione quasi pari; mentre il corpo del viscere è in generale affatto mobile e non più grosso del naturale. Tra questa condizione e quella in cui v'è formazione di una vera cisti nella sostanza della cervice dell'utero, io credo vi sia differenza piuttosto di grado che di natura. La distinzione tra la leucorrea da quest'origine e quella che proviene più dall'alto, dall'interno della cavità uterina, vien fatta dall'abbondanza dello scolo nel primo caso, della sua particolare trasparenza e tenacità, e di spesso dalla presenza dei corpi Nabotiani sulle labbra o sui margini dell'ostio. In questo caso pure, malgrado la lunga durata della leucorrea, essa in generale non è accompagnata dalle forme più gravi di disordine funzionale dell'utero, come menorragia, dismenorrea e dolore ovarico; mentre è non di rado associata ad uno stato d'irritazione delle glandule del Cowper, che riversano fuori una secrezione aumentata, od anche alla sobliterazione del loro condotto dall'uno o

(*) Ulteriori considerazioni incidentali sulla molta dibattuta questione della natura di questi corpi Nabotiani, si troveranno nella lezione 14.^a sotto il titolo di polipi glandulari o cisti mucose dell'utero; per ora però basterà il dire le ragioni per riguardarli come follicoli mucosi della cervice ostruiti, quali sono dati dal signor Huguier, a pag. 258 nel suo articolo *Cisti della matrice*, ecc., nel 1.^o volume della Società di Chirurgia, le quali mi sembrano affatto concludenti. L'istesse idee sulla loro natura appartengono pure al dottor Henning, op. cit., pag. 63.

dall'altro lato con accumulo dei loro contenuti in guisa di formare un piccolo tumore cistico alle parti interne ed inferiore delle labbra.

Credo che quest'affezione, la quale è essenzialmente cronica nel suo decorso, accada di rado. Certo che nelle più gravi forme è di cura assai difficile, e sebbene malattia piuttosto noiosa che seria, ho veduto un caso dove il manco completo di salute della malata sembrava dipendere interamente dall'abbondante secrezione, cui nessun mezzo riuscì a frenare.

Il trattamento richiesto in questi casi è quasi totalmente locale. Può ottenersi qualche cosa colle lozioni astringenti di vario genere, e specialmente dalle lozioni che si applicano a modo di doccia, benchè non bisogna dimenticare che la doccia non è applicabile quando si sospetta dell'esistenza della gravidanza. I semicupii astringenti sono puranco utili, mentre, persistendo la perdita, è conveniente che i rapporti sessuali si soddisfino di rado.

Trovai in qualche caso vantaggio dall'introduzione di piumacciuoli di fiocco di cotone imbevuti in una soluzione di tannino, o coperti di polvere d'allume, e applicati alla bocca dell'utero col mezzo dello specolo; ma io ho forse fatto più poco uso di quanto avrei dovuto fare dell'iniezione entro l'istesso canal cervicale. Un apparecchio assai conveniente a questo scopo, consistente in una piccola boccia elastica attaccata ad una cannula curva d'argento, può aversi da tutti i fabbricatori d'istrumenti. In alcuni casi ostinati cauterizzai col nitrato d'argento tutto l'interno della cervice col mezzo del portacaustico di Lallemand, ma senza vantaggio. Sembra che in questi casi l'azione del nitrato d'argento venga spenta dalla copiosa secrezione, e attacchi mai o solo imperfettamente i follicoli cervicali. A prevenire tale inconveniente si può fare qualche cosa coll'uso della doccia, o di iniezione vaginali assai copiose per sbarazzare il canale della cervice almeno in parte appena prima di usare il caustico. Credo però che nei casi più ostinati possa essere espediente di adottare un suggerimento di Huguier, di cui ho poca esperienza, quantunque l'abbia seguito con beneficio in due o tre occasioni. Egli, prima di introdurre il caustico, usa (*) scarificare l'interno del canal cervicale con un bisturi a punta ottusa, piccolo, stretto di lama e curvo. La scarificazione, che si fa precedere, espone i follicoli più profondi, che diversamente sfuggirebbero all'azione diretta del rimedio; e mentre Huguier dice di non conoscere danno alcuno seguendo tal modo di cura, egli, col ripeterlo due o tre volte, ottenne la cura di casi che avevano resistito ad ogni altro modo di trattamento (60).

(*) Vedi la terza delle sue lezioni sul catarro uterino, nella *Gazzetta degli Ospitali*, 1847, pag. 379.

(60) L'autore dice qui assai poco intorno alla cura del catarro della mucosa del corpo uterino, quasi la ritenesse di poco momento, rara, e di gua-

rigione o spontanea o possibile coi mezzi generali e colla medicazione sola del canal cervicale. Io non posso accordare così poca importanza a tale condizione, ed anzi ritengo, come già dissi alla nota 50, che questa sia la causa dei fenomeni generali che soffrono le pazienti, nelle quali riscontriamo esulcerazione e leucorrea del canal cervicale e del muso di tinca: mentre queste ultime condizioni, disgiunte da quella della cavità del corpo, non bastano per sè sole a dare sconcerti di altri visceri e tanto meno alterazioni della crasi sanguigna. Ecco il perchè insisto a che vogliate sempre verificare dai caratteri esterni, colla esplorazione a mezzo dello specolo e della sonda, colla ispezione oculare, la qualità del catarro (se cervicale o della cavità) e la fonte da cui viene: al qual ultimo scopo ricordatevi che una volta che applicato lo specolo si divaricano le labbra del muso di tinca, potrete veder genere dalla bocca uterina il liquido lattescente, denso, che dalla cavità del viscere vien secreto e che in essa si raccoglie, differenziandolo dal catarro vitreo, denso e vischioso che è dato dalla mucosa del canal cervicale. L'abbondanza massima di leuco-pus della cavità uterina è nelle affezioni catarrali in seguito al puerperio, dove spesso assume un aspetto purulento, è misto a poco sangue e dà odore nauseante.

Ho già fatto parola dei mezzi con cui giungere alla cauterizzazione solida o liquida della cavità uterina, alla mia nota n.º 30; qui aggiungerò solo che le iniezioni di acido fenico possono esser utili a togliere il carattere putrescente dello scolo, che quelle di acqua di goudron o di elatina sono pure ottime come detersive. Il dolore (non la colica tanto spaventosa) che segue l'iniezione intrauterina e le stesse cauterizzazioni anche lievi del canal cervicale è sintomo di contrazione della fibra, ed è fenomeno utile per il retrarsi ed impicciolirsi del viscere.

Anzi è criterio del vantaggio che arrecano tali medicazioni il vedere dopo la 2.^a o la 3.^a ridursi sensibilmente il volume della porzione cervicale e con essa del corpo del viscere.

Se taluna volta fu visto un catarro della cavità maggiore dell'utero guarire dietro le sole iniezioni vaginali (fatto che io credo rarissimo), ciò deve esser penetrato il liquido medicamentoso nella cavità cervicale fino al fondo dell'utero, perchè gli orifici (come avviene nei catarrri di data antica) trovansi spesse volte così dilatati, ampi, da ammettere un dito mignolo. Col guarire della condizione profonda e pel fatto del contrarsi della fibra uterina sotto le iniezioni canstiche, gli orifici si restringono e la cannula, che prima passava liberissimamente, sulla fine sorpassa a stento l'orificio interno. Questi sono fatti che la pratica mi mostra ad ogni volta, e che mi insegnarono ad avere maggiori precauzioni nelle ultime, che non nelle prime iniezioni intrauterine, in quelle essendo più facile l'arresto di porzioni di liquido, e quindi la colica uterina grave.

La guarigione del catarro uterino è lenta, e richiede insistenza e diligenza da parte del medico, pazienza da parte della malata.

DR.-CRISTOFORIS.

LEZIONE IX

DEVIAZIONI (SPOSTAMENTI) DELL'UTERO.

Prolasso d'utero. Ragioni della mobilità dell'utero e conseguente varietà di spostamenti a cui è soggetto. — Varii gradi di prolasso, e disposizioni con cui si cerca di opporsi al suo accadere; sue cause, tendenza ad aumentare; cangiamenti nell'utero e nelle parti adjacenti. — Prolasso completo o procidenza.

Prolasso della vagina. Suoi rapporti col prolasso dell'utero — può accadere assieme all'ipertrofia delle pareti del canale; peculiarità di questa forma, e ipertrofia della cervice che essa produce. — Prolasso della parete anteriore o posteriore con discesa della vescica e del retto: sue cause; carattere e modo di produzione.

Tra i molti mirabili mezzi diretti ad un fine importante, che si rivelano collo studio dell'anatomia, è non meno rimarchevole il congegno con cui l'utero sta sospeso entro la cavità pelvica, così mobile da sfuggire alle rozze scosse dall'esterno, od all'inconveniente delle varianti condizioni dei visceri circonvicini, eppure così legato a suo posto da assicurarne il progressivo ingrandimento in caso di gravidanza, in direzione tale da evitare inutili incomodi all'individuo, o pressione all'insù, o disordine delle funzioni degli altri visceri. Ma quest'istessa mobilità, senza di cui la gravidanza sarebbe un'epoca di non interrotti patimenti e perfino il coito pressochè impossibile, espone naturalmente l'utero ai rischi di cambiamento di posizione, che ponno da soli diventare la causa di incomodi, e che richiedono quasi più spesso, che ogni altro male uterino, l'intervento medico.

È abbastanza ovvio che un organo sospeso entro una capace cavità col mezzo di sostegni essi stessi cedevoli, verosimilmente si sposti per cause comparativamente comuni. Nel caso dell'utero inoltre il rischio del suo spostamento è ancor più aumentato dalla circostanza che il suo peso e volume sono soggetti a variazioni e che le cause stesse tendenti a renderlo più pesante e più grosso del naturale, hanno spesso l'ulteriore effetto di diminuire la validità di quei sostegni da cui è ritenuto nella sua posizione naturale. Inoltre la

tendenza alla deviazione è favorita ancor più dalla pressione che dal di sopra esercitano i visceri sovrastanti, e da tutti quelli sforzi muscolari che una persona non può evitare nel passeggiare, sollevare pesi, e perfino nella defecazione.

Infatti tutte queste cause tendono a produrre spostamento in una direzione — cioè in basso, e perciò in quasi tutti, eccetto alcuni casi assai rari di spostamento uterino (*), l'organo è spinto più in basso del naturale, sebbene vi sieno alcune cause che parimenti fanno inclinare il fondo dell'utero sia all'indietro che al davanti, e producono così la *retro* o l'*antiversione*, invece del semplice suo *prolasso*.

Il *prolasso* o *discesa dell'utero* è la forma più comune di spostamento dell'organo, ed io la descriverò per la prima, aggiungendo quelle condizioni, che talvolta vi si annettono, in cui o il retto o la vescica si prolassano stirando seco in alcuni casi l'utero; e richiamerò poi la vostra attenzione a quelle modificazioni di posizioni, in cui il suo fondo è forzato all'indietro o ripiegato sul davanti.

Il prolasso dell'utero, che è il risultato comune di ogni causa la quale o accresce il peso del viscere o diminuisce la forza de' suoi sostegni, può esistere in tre gradazioni differenti, per le quali furono proposti nomi differenti, ma che io credo più conveniente designare in modo semplice e cioè *primo*, *secondo* e *terzo* grado di prolasso.

Nel prolasso di *primo* grado l'organo è meramente situato più basso del naturale, ma mantiene la sua propria direzione, il suo asse corrispondendo con quello del distretto pelvico superiore, e questo ancorchè sia così basso che la sua cervice appoggi sul pavimento della vagina.

Nel prolasso di *secondo* grado l'utero è situato col suo fondo rivolto all'indietro, il suo orificio all'innanzi, cosicchè il suo lungo asse corrisponde coll'asse del distretto pelvico inferiore.

Nel prolasso di *terzo* grado, o, come spesso si dice, *procidenza* d'utero, l'organo giace più o meno completamente all'esterno, pendente all'imbasso fuori della vulva, sebbene possa generalmente essere riposto entro la vagina, se non rimesso tutt'affatto nella sua posizione naturale.

Ora la prima quistione che ci si presenta in rapporto a questo accidente, riguarda il modo con cui si produce ed il meccanismo che deve disordinarsi, prima che sia possibile che avvenga lo spostamento. La risposta facile che l'utero è mantenuto nella sua posizione naturale da' suoi legamenti, e che il loro rallentarsi e stirarsi sono la causa del suo prolasso, non è nè sottile nè esatta abbastanza per servirci molto in pratica. L'utero non è puramente sospeso nella pelvi dalle duplicature del peritoneo entro cui è contenuto, ma è anche

(*) L'elevazione preternaturale dell'utero non è solo una rara condizione, ma anche uno stato che per sé non dà origine a sintomi particolari o caratteristici. Alcune osservazioni sulla sua importanza diagnostica in casi dubbii di affezioni dell'utero e sue dipendenze, si troveranno nella 14.^a lezione.

sostenuto al suo posto dalla vagina, sulla quale appoggia come su solido sebben elastico stelo. La vagina è abbastanza cedevole da permetterlo agli sforzi volontari di deprimere l'utero per l'estensione di uno, due o tre centimetri; ma appena cessano questi sforzi, l'organo nello stato sano riassume la sua posizione di prima, mentre ogni ulteriore discesa dell'utero verrebbe paralizzata dalle duplicature del peritoneo, le quali soffrirebbero perciò stiramento. Però nella vergine sana il sostegno, che presta la vagina, è assai considerevole, perchè invece di essere un canale largo a pareti membranoso distanti l'una dall'altra, come si vede in molte tavole o preparazioni d'anatomia, le sue pareti stanno in contatto, strette tra loro e formano così uno stelo pressochè solido, su cui appoggia l'utero. La curva della vagina diminuisce ancora le occasioni di spostamento dell'utero mentre la vagina è rinforzata alle sue due estremità dalle sue connessioni a mezzo del fascio pelvico colla vescica ed il retto in alto, e dallo sfintere che la circonda in basso, come pure dagli altri muscoli del fondo del bacino e dal fascio perineale, nei cui due strati trovansi questi muscoli.

Per queste disposizioni viene nella vergine sana prevenuto affatto il primo principio di prollasso; ma che la leucorrea abituale rilasci le pareti vaginali, o la frequente menorrhagia ne diminuisca la resistenza, appunto come la perdita di sangue toglie a tutti i tessuti la loro elasticità, e subito si vedrà fatto il primo passo alla produzione del prollasso dell'utero. Quando tutto era in istato normale, l'unione della vagina col retto, e per esso colla parete pelvica posteriore, sarebbe stata la prima parte ad offrire resistenza all'ulteriore discesa dell'utero. Se però le parti sono lasse e cedevoli, questa leggier resistenza sarà subito superata, e gli attacchi anteriori della vagina non prestando alcun serio ostacolo, la parte superiore del canale si invertirà a misura che l'utero discende, o facilmente gli permetterà di occupare una posizione di due o tre centimetri e mezzo più bassa della naturale. In molti casi il viscere rimane in tal posizione, colla cervice un po' in alto, ed anche appoggiata alla parete vaginale posteriore, giacchè la sua ulteriore discesa viene impedita dalle varie duplicature del suo involuero peritoneale. Prima vengono stirati la parte posteriore dei legamenti larghi e i legamenti utero sacrali, poi la parte mediana del legamento largo avanti che venga fatta molta violenza ai legamenti utero-vescicali o alla pagina anteriore dei legamenti larghi; ed è alla circostanza dell'essere l'utero attaccato molto più strettamente nella parte posteriore che nell'anteriore che dobbiamo in gran parte ripetere la tendenza del fondo dell'utero a cadere nel cavo sacrale in ogni caso di prollasso del viscere. I legamenti rotondi dell'utero non hanno parte alcuna a prevenire la discesa dell'utero; sembra che il loro ufficio abbia piuttosto rapporto collo sviluppo dell'organo durante la gravidanza che colla sua situazione nello stato di vacuità; e bisogna che l'organo sia, non solo prollassato, ma proeidente di molto fuori dalle parti esterno prima

che i ligamenti rotondi vengano menomamente stirati, e possano risentirsi della sua caubciata posizione.

Come già dissi, la discesa dell'utero non è spesso conseguenza di pura debolezza de' suoi sostegni, ma, nella gran maggioranza dei casi, la stessa causa, che diminuisce la resistenza, aumenta allo stesso tempo il peso sovraccumbente. La leucorrea o la menorragia, che priva la vagina della sua tonicità, è spesso associata ad effettiva malattia uterina, e l'organo ingrossato per infiammazione cronica e suoi esiti è più proclive che in persona sana a discendere più basso della sua posizione naturale (61). Tale è la storia del maggior numero dei casi in cui ha luogo il prollasso dell'utero in donne non maritate od in quelle che non hanno figliato di recente, e in tali casi colla guarigione dell'infiammazione e la riduzione di volume dell'organo ipertrofico, la vagina riprende il tono primitivo, e l'utero che si era portato a due o tre centimetri dalla vulva, riprende quasi spontaneamente la sua posizione alta nella cavità pelvica.

Nella maggioranza dei casi però, non è nelle nubili ma nelle maritate che ha luogo il prollasso, ed in esse sussegue in generale al parto od all'aborto. Tutto cospira in queste circostanze a favorire l'accidente della mala posizione, giacchè l'utero ha aumentato molto in peso appunto nel momento, in cui la vagina ha molto perduto della sua forza di resistenza, mentre le duplicature del peritoneo furono di fresco stirate dall'utero disteso, in modo da esser ben poco capaci a prevenire perfino i gradi più avanzati di spostamento. In non pochi casi oziandio la tendenza a questo accidente è accresciuta ancor più dall'essersi lacerato il perineo, e dall'essere la parete posteriore della vagina stata così privata del suo appoggio naturale in causa della lacerazione della fascia perineale dei muscoli perineali; accidente che ha anche l'altro effetto di dare al canale una direzione perpendicolare invece che curva.

La circostanza generale della coesistenza, in casi di prollasso, dell'aumento di peso del viscere con tenacità diminuita dei suoi sostegni non è però talora senza eccezioni. Perfino in persona previamente sana, uno sforzo violento e subitaneo, come il tentativo per sollevare un oggetto pesante, può produrre talora il prollasso dell'utero fuori

(61) Intanto che l'utero, per il maggior peso acquistato col processo fisiologico si fa prollasso, i legamenti soffrono uno stiramento, si rallentano; nè sempre, col ridursi del volume dell'utero, riprendono la loro lunghezza e tenacità normale: e ciò tanto più verosimilmente, quanto maggiore sarà la durata della condizione uterina e lenta la sua guarigione. Il prollasso del viscere quindi, che prima era dovuto al solo peso accresciuto, rimane anche dopo ridotto l'organo, per il rilasciamento dei legamenti. Questa circostanza verrà ricordata con vantaggio più avanti al capitolo che tratta della cura del prollasso, nella mia nota 64.

dalle parti esterne, allo stesso modo come in un'altra persona o nell'altro sesso uno sforzo più identico può produrre un'ernia. Ma mentre tali casi non richiedono ulteriore spiegazione, l'accadere del prollasso dell'utero nella vecchiaia, ad onta d'una condizione sana o perfino atrofica del viscere senza alcuna causa eccitante, richiede qualche schiarimento. Non è difficile infatti trovarne la spiegazione la quale ci viene data dalle particolari circostanze di quel periodo di vita. Col progredire degli anni il tessuto cellulare e l'adipe, che danno rotondità alle labbra e che formano una specie di cuscino all'ingresso della vagina, scompaiono interamente, o la vulva invece di esser chiusa è scarsamente nascosta dalle parti avvizzite. Scompare l'adipe del perineo, l'elevatore dell'ano diventa debole ed atrofico, e la vagina più corta e più piccola, mentre perde la sua muscolarità, e le pieghe peritoneali perdono la loro elasticità. L'utero può allora prollassarsi spontaneamente, giacchè, sebbene sia impicciolito, anzichè aumentato di volume, ha perduto pressochè completamente l'appoggio, che lo teneva nella propria posizione (*).

Questa spiegazione alquanto noiosa delle differenti condizioni per le quali comunemente si produce il prollasso d'utero, mostra, io credo, chiaramente perchè il fondo dell'utero è così facile a cadere all'indietro, e perchè l'utero prollassato è anche in qualche grado retroverso. Si vede che i legamenti uterini anteriori non obbligano l'organo così strettamente a suo posto come i posteriori, e che conseguentemente la tendenza dell'utero alla retroversione deve sempre essere maggiore che all'anteversione. Si vede pure come avvenga che l'utero, una volta prollassato, assai probabilmente rimanga sempre tale. La vagina, che ha ceduto una volta tanto da permettere la discesa dell'utero, non può aspettarsi che ripigli la sua tonicità quando la paziente si occupi delle sue faccende ordinarie, mentre i legamenti uterini stirati giornalmente non possono far altro che cedere. Ma non solo è la cura spontanea dell'utero prollassato resa così assai improbabile, ma tale condizione ha una tendenza costante a peggiorare; e per questa semplice ragione, la pressione delle intestina dal disopra aiuta continuamente ad aumentare la discesa dell'utero, riempiendo di continuo lo spazio che tale discesa lascia vuoto entro la pelvi. Il prollasso della parete posteriore della vagina, se alquanto considerevole, è aggravato giornalmente dagli sforzi della defecazione, e così l'utero spinto dal disopra dalle intestina è tirato allo stesso tempo in basso dalla vagina. La connessione intima tra la cervice dell'utero e il collo della vescica è un ostacolo temporario alla discesa completa dell'utero, mentre allo stesso tempo favorisce la retroversione dal viscere, ma se alla fine questo cede, l'urina accumulandosi nella vescica distende il suo fondo e la parete vaginale anteriore a modo di sacco, e stira l'utero in basso sul davanti, allo stesso modo

(*) La miglior spiegazione del meccanismo del prollasso dell'utero, e che ho seguito nel testo, è quella data da Kiwisch, *Klinische Vorträge*, 3.^a edizione, vol. I.

come il prolasso del retto lo trascina in basso all'indietro, e l'organo viene allora a trovarsi fuori delle parti esterne, convertendosi così in un caso di procidenza d'utero o prolasso di terzo grado.

Ma questa trasposizione dell'utero accade o almeno non occorre di rado, senza essere accompagnata da altre alterazioni tanto nell'organo stesso quanto nelle parti circostanti. L'utero sottoposto ad irritazione costante e insata obbedisce alla legge, di cui troviamo esempi in pressochè tutte le affezioni a cui va soggetto, ed aumenta di volume per un processo di semplice ipertrofia, che differisce dall'ingrossamento per gestazione solo nella densità alquanto maggiore di tessuto. Il collo è la parte dell'utero in cui ha principalmente luogo quest'alterazione, perocchè il collo è più esposto alla maggiore e più costante irritazione. Quest'ingrossamento ha luogo eziandio tanto in lunghezza che in larghezza, cosicchè il collo dell'utero può trovarsi non solo pressochè del volume del corpo, ma altresì molto allungato, e così la bocca dell'utero avvicinata alla vulva non semplicemente per la discesa generale dell'utero, ma anche in gran parte per sviluppo effettivo della sua porzione cervicale. Le labbra dell'utero diventano grosse col resto del viscere, o la piccola apertura trasversa, che nelle donne che hanno figliato rappresenterebbe l'orificio dell'utero, si converte in una vasta apertura posta in fondo alle labbra prominenti, la cui superficie irritata ed escoriata presenta, in parte almeno, un'apparenza rosso-viva e finamento granulare, bagnata da copiosa secrezione albuminosa. Quanto questo ingrossamento dell'utero debba diminuire le probabilità che l'organo riprenda la sua propria posizione nella cavità della pelvi, è affatto ovvio nè abbisogna di alcun commento.

A quest'aumento dell'utero vi sono però dei limiti, i quali sembrano essere più ampi quando l'organo, sebbene procidente solo occasionalmente o parzialmente, può venir riposto nella vagina: e in questo circostanze trovasi una volta che il collo dell'utero misurava 20 centimetri di circonferenza a 2 centimetri al disopra della bocca dell'utero. In questo caso però la paziente aveva avuto un figlio nove mesi prima, e l'utero tanto a quell'epoca come pure tre anni prima era stato talvolta procidente, cosicchè il suo enorme ingrossamento era probabilmente in parte dovuto all'imperfetta involuzione dell'organo dopo il parto. A tutta prima pare quasi impossibile che una massa così grossa possa sortire dalla vulva e rientrare senza difficoltà, a meno che il perineo non sia affatto distrutto.

In non pochi casi però di procidenza d'utero tutto il pavimento della pelvi perde completamente ogni forza di resistenza, cosicchè sebbene non danneggiato, non offre il più leggier ostacolo allo spostamento e alla restituzione dell'utero; accidente che, come puossi aspettare, è più frequente nei casi in cui avvenne subito dopo un parto a termine, quando già le parti sono stirate o affievolite dal passaggio del feto.

In progresso di tempo l'utero protrudente giunge a trovarsi costantemente fuori della vulva, ma questa procidenza può continuare per anni ad essere solamente parziale, rimanendo il fondo e una porzione dell'organo entro la pelvi, mentre il collo e la parte inferiore del suo corpo sono all'esterno.

Nel maggior numero di casi però un prolasso così considerevole si converto presto in procidenza completa, la vagina invortendosi e formando le pareti esterno di un tumore alla cui parte inferiore è situato l'utero. Finchè la procidenza è incompleta, questo tumore è di forma alquanto simile ad un pero, colla sua base rivolta in alto; ma poi col crescere di volume prende una forma ovale dovuta alla vescica e in molti casi anche al retto, una porzione della prima essendo più o meno stirata in basso entro il tumore e sul davanti di esso, mentre il secondo vi è pure disceso e sta situato posteriormente. Il suo volume è anche ulteriormente aumentato in numerosi esempi, per essersi l'intestino tenue affondato nel sacco, aumentandone così il volume tanto da eguagliare od eccedere quello del capo di un'adulto. In una preparazione al museo dell'Ospitale San Bartolomeo si vede il tumore esterno misurare 18 centimetri in lunghezza per 32 in circonferenza, e si trovò contenero, oltre l'utero e le sue dipendenze, la vescica e porzione del retto, non meno di metri 1,70 del tenue intestino (62).

L'utero stesso, come ben dimostra il caso sunnominato, forma molte volte solo comparativamente una piccola parte del grosso tumore esterno, che si trova spesso in casi di procidenza completa. Le suscettibilità del viscere sembrano infatti aver di molto diminuito, o con esso la sua disposizione all'ipertrofia, quando arriva a stare abitualmente fuori della cavità pelvica. Infatti, come nel caso ora citato, l'utero

(62) Consimile enorme *ectropia* d'utero, di vescica, di retto e d'intestino tenue della vulva, congiunta a doppia e ingente ernia crurale, ebbi a vedere or sono pochi mesi nella sala Fosso del nostro Ospitale. La porzione *cervicale vaginale*, come avviene in tali casi, sembrava scomparsa, perchè la mucosa inspessita della vagina, resistendo in parte al peso del viscere, esercitava un continuo stiramento sulla superficie libera della cervice dell'utero, in guisa che il fornice della vagina era scomparso, il muso di tinca era allo stesso livello del fondo cieco vaginale, e la porzione vaginale della cervice uterina stava innalzata e nascosta al disopra di quest'ultimo. La stranezza, che presentava tale ectropia, era il trovarsi in donna che non aveva mai figliato. Tossicolosa da molti anni, fattasi tabida per tubercolosi polmonare, sotto uno stato di rilasciatezza generale dei tessuti e per la scomparsa dell'adipe, gli sforzi continui della tosse erano stati la causa diretta dell'abbassamento uterino e dello sfiancamento delle aperture crurali, che finirono col dare una così enorme fuoruscita degli organi genito-urinari, della parete anteriore del retto e delle intestina.

DE-CRISTOFORIS.

paro diminuito (misurava in quel caso meno di 5 centimetri dall'orificio al fondo), ed io credo che la difficoltà che si può incontrare nella riduzione della procidenza d'utero di vecchia data, di rado derivi dal volume del viscerò. La massa del tumore e la difficoltà alla sua riduzione dipendono principalmente da due cause. L'una di questo consiste nell'enorme ipertrofia che subiscono le pareti vaginali. La membrana mucosa non solo perde i suoi caratteri ordinari e si copre di uno stato di cuticola, come quella della pelle, onde proteggerla dalle varie cause d'irritazione, a cui trovasi esposta, ma le pareti stesse raggiungono perfino lo spessore di quasi 12 millimetri e presentano una struttura muscolare compatta. L'altra causa del volume del tumore e della difficoltà di ridurlo proviene dalla presenza dell'intestino nel sacco, che di rado vi sta per qualche tempo senza che si occiti l'infiammazione del suo involucro peritoneale, non di carattere così acuto, in vero, da produrre sintomi formidabili, e nè anche da richieder sempre una cura, ma che fa aderire fra loro le differenti circonvoluzioni, e le attacca fermamente all'interno del sacco. Quest'ultima causa di difficoltà, nel tentativo di ridurre un'utero procidente, non deve perdersi di vista anche quando sembra che l'intestino non sia disceso nel tumore esterno, perchè la stessa forma lenta d'infiammazione peritoneale può agglutarli tra loro e colle pareti della cavità pelvica, o così precludere efficacemente la via ai tentativi di riporre l'utero.

Nei casi che ho esposti fin qui, sobbene il punto di partenza di tutto il male fosse l'indebolimento della vagina, pure una volta fatto quel primo passo, il prollasso dell'utero può riguardarsi come un accidente primitivo, l'organo trascinando seco in basso nella sua discesa la vagina. Vi sono però altri casi, in cui lo spostamento dell'utero è interamente un' accidente secondario, susseguente al cedere della parete anteriore o posteriore della vagina che si prolassa e nel suo prollasso stira l'utero in basso. Egli è così, per esempio, che si produce talora il prollasso dell'utero in casi di ascite, la pressione del fluido distendendo gradualmente la borsa retto vaginale, finchè può anche causare la protrusione all'esterno della parete posteriore della vagina. Un effetto consimile si produce talora in casi di stipsi a lungo protratta, in cui l'accumularsi delle feci nel retto distende per gradi l'intestino a guisa di saccoecia che sporge in vagina; mentre ancor più di frequente la parete vaginale anteriore cede dietro ritenzione d'urina in vescica e così produco col tempo una eguale discesa dell'utero. V'è inoltre una forma di prollasso vaginale dovuta apparentemente ad ipertrofia delle pareti del canale: in essa, la posizione dei visceri adiacenti non è alterata, ma la bocca dell'utero si trova non di rado più in basso del naturale in seguito allo stiramento della cervice fatto dalla vagina prollassata, e dietro cui la parte cresce di volume per l'irritazione costante che vi mantiene.

Strettamente parlando, queste differenti affezioni della vagina saranno da noi considerate più tardi; ma v'è tal generale somiglianza

tra i loro sintomi e quelli del prolasso dell'utero, e così stretta corrispondenza tra i principii di cura applicabili ad essi, che possiamo ben sacrificare la distribuzione sistematica alla convenienza pratica.

Ed ora, avanti tutto, in riguardo al prolasso della vagina non accompagnato da trasposizione degli altri organi della pelvi, ho già menzionato che sembra dipendere in primo luogo da una specie di ipertrofia, risultato della quale è il non poter essere ben contenuta entro i propri limiti, ed il protrudersi quindi di una sua ripiegatura oltre le parti esterne. Talor ipertrofia della vagina ha luogo nella gravidanza, perchè non è solo l'utero che cresce di pari passo collo sviluppo del feto, ma anche la vagina, che aumenta pure longitudinalmente per permettere all'utero di ascendere in alto al disopra del distretto superiore, e trasversalmente per fare spazio pel passaggio del feto nel travaglio; spazio che non si potrebbe ottenere per puro stiramento di un canale membranoso. Finito il travaglio, la vagina, in comune coll'utero, deve diminuire di volume colla sottrazione di molti materiali vecchi. Talora però, appunto come vedemmo nel caso dell'utero, quest'involuzione è imperfetta, e la vagina rimane allora più lunga e più larga, e colle sue pareti più grosse di quanto dovrebbero essere, e appena la paziente comincia di nuovo a far moto o fare qualche sforzo, una porzione, spesso l'intero cilindro della parte inferiore della vagina, pende fuori all'esterno; accidente che tanto più probabilmente ha luogo se vi fu guasto del perineo, o se l'olevatore dell'ano e la fascia del pavimento della pelvi hanno molto perduto, come è spesso il caso, della loro forza di resistenza per parti replieati. Il perchè talora la vagina si mantenga così ipertrofica, mentre l'involuzione dell'utero progredisce regolarmente, non posso dire, sebbene non vi possa esser dubbio sul fatto stesso; giacchè talvolta si incontrano casi in cui l'utero, ancor sospeso dai suoi ligamenti e dalle piegature del peritoneo, è appena più basso del naturale e poco o nulla alterato di volume, mentre la vagina è così dilatata che lascia facilmente passare parecchie dita, e le sue pieghe pendono rilasciate fino all'orificio della vulva ed oltre ancora.

Sebbene questo prolasso di vagina sia ordinariamente un'affezione primaria e attribuibile alla conseguenza della gravidanza o del parto, pure non lo è sempre. Il prolasso della vagina sembra essere in alcuni casi consecutivo ad abbassamento d'utero (*), ma l'affezione essendo negletta, il tessuto della porzione protrudente di vagina può diventare ipertrofico, e la malattia che era d'importanza secondaria, può a gradi divenire di maggior importanza, giacchè lo spostamento d'utero è più difficile a rimediarsi.

Sebbene non sempre costante, pure sono poche le eccezioni alla regola, per cui un considerevole o prolungato prolasso della vagina

(*) Osservazioni fatte dal professore Kiwisch, *Klinische Vortrage*, vol. 2, 2.^a edizione, 1852, pag. 413.

produce l'ipertrofia della cervice dell'utero; non solo di quella porzione che sporge in vagina, o porzion vaginale, come la si chiama dagli scrittori continentali, ma di tutto il collo uterino; un esemplare del quale (Serie XXXII, 30) nel museo dell'Ospital San Bartolomeo offre una sorprendente illustrazione. Vi sono ricordi di casi più marcati di questa specie, fra cui una delle prime fu descritta da Morgagni (*), e attirò qualche anno dopo l'attenzione di Levret (**) alla sua importanza pratica. Egli indicò chiaramente le differenze tra quei casi in cui l'avvicinamento della bocca dell'utero alla vulva è principalmente dovuto a sviluppo della cervice, e gli altri che sono interamente risultato dell'abbassamento dell'utero. Però le sue osservazioni furono perdute di vista, e fu senza previa loro cognizione che Virchow (***) pochi anni fa descrisse quest'accidente come una forma particolare di prollasso, sotto il nome di prollasso d'utero senza abbassamento del fondo. Ancora più di recente fu dato al soggetto indubitato valore dall'asserzione di Huguier (****) quando disse il prollasso dell'utero essere una condizione, che si trova quasi mai, l'ipertrofia della cervice essere quasi sempre scambiata con esso, e per conseguenza il processo cui si deve ricorrere essere l'esportazione dell'allungata cervice, non già il sostegno dell'utero. Ma, come di tutte le proposizioni estreme, questa di Huguier è contraddetta dall'osservazione generale (*****). Pure è bene che abbiate sempre presente che non solo l'ipertrofia dell'utero tende a favorire il suo prollasso e l'utero prolassato tende ad ingrossare di più, ma che anche il prollasso della vagina, il quale dura da molto tempo, è associato pressochè sempre ad una condizione, della cervice dell'utero che simula molto il prollasso ordinario; dal quale però, come vedrete più avanti, deve essere ben distinto, dacchè i tentativi diretti a rettificare la supposta mal posizione, e che sarebbero utili nel vero ab-

(*) Morgagni, *De Sedibus et Causis Morborum*, Venezia, 1761, vol. 2, Epist. 4^a, art. 11, pag. 204. Morgagni considerò l'ipertrofia della cervice in questo caso come conseguenza del prollasso e dell'ipertrofia della vagina. — « Evidens est, vaginæ adeo » crassæ pondere deorsum tractum fuisse uterum, cujus fundus aliquanto inferior fuis- » set, nisi cervix jam inde ab initio, ut patet, ea esset laxitate, ut se præ ceteris dis- » trahi, distendique in raram istam longitudinem sineret ».

(**) *Giornale di Medicina, Chirurgia, ecc.*, per M. A. Roux, vol. XI, ottobre, 1773, pag. 352. *Sur un allongement considerable qui survient quelquefois au col de la matrice*. Fu chiamata l'attenzione a questo stato con tanta ampiezza di dettagli che lascia ben poco da aggiungere dal professore Stoltz di Strasburgo nel *Giornale Ebdomadario*, vol. VI, giugno 10, 1859, pag. 356, dove però per errore di stampa la data dello scritto di Levret, e posta nel 1775 invece del 1773.

(***) Virchow in *Verhandt. der Gesellschaft f. Geburtsh.* in Berlin, vol. 11, 1847, pag. 205.

(****) In una memoria letta all'Accademia di medicina l'8 marzo 1839 e pubblicata nel vol. XXII delle Memorie dell'Accademia, *Sur les allongemens hypertrophiques du col de l'utérus*.

(*****). Vedi specialmente le discussioni cui questo scritto diede luogo, come è riportato nel *Bollettino dell'Accademia*, vol. XXII, pag. 672, 727, 771, 794, uno scritto di Scanzoni, a pag. 329, del 4 vol. del suo *Beiträge zur Geburtshunde*; Aran, op. cit., pag. 1031; Clucock, *On diseases of Women*, 8.^a Dublin, 1863, pag. 58; e Mayer, *Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Gynäkologie*, 4.^a, 1 Hef. Berlino, 1861, pag. 33.

bassamento d'utero, devono essere inutili in questo caso e possono talora perfino aggravare le sofferenze della paziente.

Di ricorrenza molto più frequente sono quei casi, in cui il prollasso della parete vaginale è parziale, interessante solo la sua parete anteriore o la posteriore, la cui principale importanza, nella maggior parte dei casi, deriva dall'alterata posizione degli organi adiacenti, che scendono nella borsa così formatasi, e costituiscono ciò che fu chiamato da molti autori *rettocele* e *cistocele vaginale*.

In quei casi, in cui cede la parete vaginale anteriore, formando una saccoccia in cui si abbassa maggiore o minor parte della vescica, non è facile dire qual sia il primo passo di tale accidente; se la vagina cioè tiri seco in basso la vescica, o se la vescica distesa spinga avanti a sè la parete vaginale. È però un accidente nelle nubi ancor più raro del prollasso dell'utero; e il suo accadere viene riferito, nella grande maggioranza di coloro che ne sono affette, ad un aborto o ad un parto antecedente: ad un'epoca, in breve, in cui tutte le parti erano rilasciate ed avevano perduto la forza di resistenza, mentre tanto la vagina che l'utero erano ipertrofici e dovevano subire quel processo di involuzione *post puerperale*, al quale ebbi occasione sì frequentemente di alludere. Talora infatti, sebbene di rado, la paziente accenna ad una subitanea formazione di un gonfiamento della parte anteriore della vagina nell'atto di qualche sforzo non abituale, appunto come l'utero stesso talvolta si fa prollasso in circostanze simili; mentre è facile comprendere come un prollasso comparativamente piccolo, possa farsi grande durante qualche sforzo violento, quando la vescica è piena e conseguentemente esposta a tutta la forza di pressione in basso del diafragma e dei muscoli addominali.

L'unione (*) è molto più intima tra la parete vaginale anteriore e la vescica che tra la parete posteriore ed il retto, cosicchè quasi mai la vagina sola si prolassa e si distacca dalla vescica tanto di spesso, quanto si separa dal retto nel prollasso della sua parete posteriore. Inoltre quella parte di vescica, che aderisce alla vagina comprende l'orificio dei due ureteri, e tutto il trigono estendentesi alquanto oltre quei limiti da ambi i lati: cosicchè l'urina appena secreta si raccoglie in questo luogo, e tende costantemente a distenderla a guisa di sacco; le dimensioni del quale aumentano tanto più rapidamente dacchè il suo allargamento non è impedito dal peso degli intestini sopra incumbenti e dall'antagonismo dei muscoli addominali: i quali due ostacoli devono essere superati, quando la vescica distesa s'innalza fuori dalla cavità della pelvi.

Si forma dunque dapprima una piccola borsa nella parete vaginale anteriore, appena percettibile, quando la vescica è completa-

(*) I rapporti esatti di queste parti non sono così ben descritti che da Dubois, *Traité de l'Art des Accouchements* pag. 190-199 e pag. 234-243, nè così ben disegnate come da Kohl-rausch, *Zur Anatomie, etc. der Beckenorgane*, 4. Lipsia, 1854.

niente vuota, ma grossa ed elastica quando è piena di urina, sebbene anche allora venga in totalità od in parte tolta da una pressione forte esercitata su di essa, e scompaja affatto se, mentre si fa una tal pressione, si introduce un catetere in vescica. Col tempo il piccolo tumore, il cui margine anteriore si sentiva un po' indietro della sinfisi del pube, si ingrandisce, di quando in quando formando una specie di diverticolo (*) a collo stretto ed a lungo peduncolo; più spesso però produce un gonfiamento globulare, che riempie il canal della vagina, e protrudo più o meno oltre le parti esterne, dove poi si copre dello stesso rivestimento di eute, quale solitamente investe il tumore nel prolasso dell'utero o della vagina. L'indebolirsi e lo spostarsi della parete vaginale anteriore, però, di rado raggiunge un grado assai pronunciato, senza parimenti produrre prolasso d'utero, sebbene l'estensione di questo non sia costante. Quando l'utero non cede prontamente alla trazione fattavi dalla vescica protrusa, il labbro anteriore del viscere diventa ipertrofico e sporge molto più del posteriore; allo stesso modo, sebbene non allo stesso grado, che vediamo avvenire di tutto il collo dell'utero nei casi di prolasso dell'intera circonferenza della vagina ipertrofica.

Lo stiramento che la porzione protrusa di vescica esercita sul collo dell'organo, naturalmente disturba le funzioni della parte, e produce bisogno frequente di mingere, come anche molte volte l'impotenza a trattenerla. Un altro male (**), che ne risulta talvolta (ma che non osservai nei pochi casi nei quali fui presente all'esame cadaverico di donne che avevano sofferto di prolasso di vescica, probabilmente perchè non feci speciale attenzione a questo punto), consiste in una degenerazione degli stessi reni. Gli ureteri essendo non solo tirati in basso o stirati, ma anche molte volte compressi a misura che la borsa della vescica prolassata sporge sotto la sinfisi del pube, l'urina scola con difficoltà lungo il loro canale, ed essi e perfino le pelvi renali si dilatano con corrispondente atrofia della sostanza scernente di questi organi.

Il prolasso della parete vaginale posteriore è ne' suoi minimi gradi più comune del prolasso dell'anteriore, e quando il perineo fu lacerato nel parto, non manca quasi mai. Non porta però sempre seco il prolasso del retto, nella stessa guisa che il cedero della parete vaginale anteriore è costantemente associato a prolasso di vescica; giacchè il lasso tessuto cellulare, che li unisce, permette una separazione tollerabilmente rapida dei due canali, e il retto può ancora conservare la sua posizione naturale. Se però la lacerazione del perineo fu considerevole, o se, anche indipendentemente da talo condizione, gli

(*) Come nel caso descritto da madama Lachapelle, *Pratique des accouchements*, vol. III, pag. 387, in cui la vescica prolassata era spinta in giù in questa forma davanti alla testa del feto ed oltre le parti esterne.

(**) Riportato tanto da Kiwisch, *lib. cit.*, vol. II, pag. 422; e da Virchow, *loc. cit.*, pag. 209, dall'ultimo dei quali è più ampiamente descritto.

intestini furono abitualmente lasciati costipati, la parte inferiore del retto si gonfia a cul di sacco, in cui lo masso fecali vengono trattenute ed indurate, producendo, oltre gli incomodi ordinarii del prolasso, molto disturbo, talora anche molto dolore, nell'atto della defecazione. È all'influenza della stipsi nel produrre questo male che deve attribuirsi la frequenza comparativa con cui la si osserva, indipendentemente da gravidanza o parto; e la sua importanza deriva in gran parte da che essa aggrava quello stato delle intestina, al quale era principalmente da attribuirsi la sua produzione originale.

LEZIONE X

SPOSTAMENTI D'UTERO.

Prolasso d'utero. — Sintomi del suo primo e secondo stadio; dolore, sue cause e carattere; disordine delle funzioni uterine e della salute generale. — Sintomi del terzo stadio; influenza dello spostamento sugli organi adiacenti; difficoltà di riduzione della procidenza antica. Descrizione e spiegazione dei sintomi particolari del prolasso di vescica e retto.

Il trattamento del prolasso varia, secondo le sue cause e il suo grado. Casi richiedenti o no sostegni meccanici; distinzione di essi; pessarii, loro usi e varietà; appoggi esterni e fasciature. Riduzione manuale della procidenza; cautele circa la riposizione dell'utero; cura dell'ulcerazione della sua superficie. Considerazioni sulle operazioni per la sua cura radicale. Procidenza irreducibile, estirpazione dell'utero.

Dopo lo studio del modo, con cui si producono alcune forme di spostamento d'utero e delle parti secolui connesse, passiamo a cercare i sintomi provocati da tali trasposizioni. Questi sintomi dipendono in parte dai cangiamenti di rapporto dei vari organi, prodotti dalla loro posizione alterata o dall'alterata posizione dell'utero stesso; in parte da disturbo diretto delle funzioni uterine, e in parte ancora dai fenomeni simpatici indotti negli organi lontani dai disturbi dell'utero stesso. Nessuno di questi sintomi però è costantemente proporzionato in gravezza al grado di spostamento, cosicchè una donna soffrirà molto per un'abbassamento d'utero, comparativamente leggero, mentre un'altra continuerà le sue laboriose occupazioni, apparentemente poco molestata da un prolasso tanto considerevole che l'utero sia con difficoltà trattenuto entro il canale della vagina.

Per regola generale la paziente soffre di più nei casi in cui l'accidente del prolasso è alquanto subitaneo, e in cui non tiene dietro a parto od aborto. Le ragioni di ciò sono abbastanza ovvie, i legamenti uterini e le duplicature del peritoneo devono risentire molto

più dolore quando furono stirati repentinamente, che non quando già rilasciati e cedevoli si allentarono dietro il peso dell'utero cui sono chiamati a sostenere. Di qui ne deriva, che un prollasso comparativamente lieve nella nubile è spesso accompagnato da maggiore molestia, che un maggior grado di spostamento in donna la quale ebbe figli; e ne deriva puro che il grado di sofferimento che si prova talora dopo una notte di danza od una passeggiata in carrozza, sembra dinotare un'indisposizione più seria di un leggior abbassamento d'utero.

Le donne accennano al dolore particolare, che provano nei casi di prollasso d'utero, colla significativa espressione di *stiramento all'imbasso*; sensazione che simula i visceri pelvici stiano per caderne fuori, ed alla quale si aggiunge di spesso per la fatica più lieve (come il passeggiare, l'alzar qualche peso o cambiar di posizione) un dolore acuto dovuto ad un momentaneo aumento di tensione dei legamenti uterini; per cui la persona è obbligata a star ferma, e spesso piegarsi leggermente all'innanzi, in modo da togliere possibilmente ogni pressione dall'alto, e in tal guisa aspettare la cessazione del dolore. Lo sforzo della defecazione è spesso assai doloroso, pel fatto che mette in tensione tutti i legamenti, mentre quando l'utero è disceso tanto che la sua cervice appoggia abitualmente sul pavimento della vagina, v'è frequentemente un senso di bisogno di vuotare il retto, una specie di tenesmo assai angoscioso. L'utero inoltre è per tal modo esposto a scosso da varie cause esterne, contro cui era prima difeso; e il sedere su sedilo duro, o porsi in posizione qualunque, in cui il perineo venga compresso, produce alla paziente molto dolore, e sicchè è obbligata di studiare la propria attitudine e trovare con cura la propria posizione. Associato a questi incomodi v'è pressochè sempre più o meno di quel dolore al dorso, che è compagno quasi costante dei mali uterini di ogni specie, e in alcuni casi v'è pur anco alla regione ipogastrica gran sensibilità, che non è aggravata per leggiera pressione, o per dolce frizione su di quella, ma al contrario è spesso molto alleviata da tali maneggi. Questo dolore addominale non è più proprio al prollasso di quello che lo sia il dolor lombare; ma ambedue sembrano dovuti all'irradiazione di sensazioni dolorose dell'utero stesso, lungo le differenti diramazioni o tronchi nervosi, con cui è direttamente od indirettamente in connessione; e quindi lo troviamo in molti casi di cancro uterino, come pure nella dismenorrea, e in molte altre malattie croniche dell'utero. Un'altra sensazione molto incomoda spesso provata nel primo stadio di prollasso uterino, e prima che vi sia effetto sulla posizione della vescica è una voglia frequente di urinare, per cui la paziente è obbligata a mingere ogni mezz'ora, sebbene con assai poco sollievo. Nelle nubile quando l'utero è disceso tanto da porsi nell'asse del distretto inferiore v'è inoltre molta molestia prodotta dalla bocca dell'utero che preme contro l'imene, ma tutti questi incomodi si mitigano, e molti di essi cessano interamente quando la paziente si adagia.

Il dolore però non è il solo sintomo del prolasso d'utero. L'organo così spostato si irrita, e le perdite leucorriche sono pressochè invariabili compagne di questi malanni; mentre per la stessa causa il flusso menstruo diventa più profuso, dura più a lungo, o ricompare più di frequente del normale. Il sangue ritorna dall'utero spostato con difficoltà maggiore del naturale, si mantengono uno stato di congestione abituale, che in alcuni casi si mitiga da sè stesso di tempo in tempo con perdita di sangue copiose, sebbene ad onta di esse l'organo congesto ed irritato tenda ad aumentare di volume, e l'utero così più grosso o più pesante del naturale, sempre con minore probabilità riprende la sua giusta situazione.

I disordini della salute generale che accompagnano il prolasso di utero non hanno in sè alcun che di caratteristico, ma consistono in quella classe di sintomi, che accompagnano buona parte delle affezioni uterine; e tra questi hanno una gran parte i disordini dispeptici provenienti dalla simpatia speciale che esiste fra lo stomaco e l'utero. Però può annoverarsi come quasi costante compagno del prolasso la stipsi intestinale, dovuta in parte alla pena che nei primi periodi dell'affezione accompagna lo sforzo della defecazione ed in parte anche all'impedimento meccanico che la pressione della cervice dell'utero sul retto offre di spesso al passaggio delle feci.

Nelle alte classi sociali i sintomi di prolasso sono pressochè sempre curati con appropriato trattamento nei primi stadii dell'affezione, cosicchè in esse passa di rado al secondo o terzo stadio di spostamento. Vi ponno però essere eccezioni a questa regola nei casi in cui il perineo sia stato alquanto lacerato, e la vagina sia stata conseguentemente o permanentemente assai indebolita. L'atrofia dell'età avanzata essendo egualmente incidente a tutte le donne, l'utero può anche nelle ricche discendere così in basso da protrudere parzialmente dal pudendo esterno. Di quando in quando puro anche in donne giovani il perineo dopo il parto sembra perdere così completamente la sua elasticità da prestare poco o nessun appoggio alla vagina. Una piccola prominenza dalla parete vaginale posteriore si fu subito prolassa da protrudere non oltre, ma tra le labbra; qui si irrita, o dietro ciò presto si fa ipertrofica. Il margine del cedevole perineo è trascinato in basso dalla vagina, o se si fa l'esplorazione, è facilmente tirato dietro lo dita, e sembra così costituire una parte della parete vaginale; la sensibilità del perineo, essendo stata pressochè distrutta, aumenta molto l'inganno; e talora l'occhio solo può determinare se questo ne sia o no il caso. Ora in tale evento essendo completamente perduto il sostegno vaginale dell'utero, sebbene il male non sia irreparabile come quando il perineo fu lacerato, può aver luogo il prolasso esterno dell'utero.

Il subitaneo accadere del prolasso esterno o procidenza, quando avviene dietro qualche sforzo violento, o ad un tratto in qualche mutamento di posizione poco tempo dopo il parto, o in uno sforzo di defecazione, è accompagnato da molta molestia locale e molto di-

sordine costituzionale. Nella gran maggioranza dei casi però, l'utero si fa procidente solo molto gradatamente alla prima, protrudendo soltanto una piccola parte dell'organo, e questo solo in qualche occasione, e discendendo poi un po' più e per un tempo più lungo; finchè all'ultimo tutto l'utero giace ordinariamente o costantemente fuori delle parti esterne. Con questo mutamento di posizione dell'organo v'è mutamento di sintomi, spesso anche una marcata remissione di alcuni di quelli che erano i più noiosi, giacchè la sensibilità dell'utero sembra diventare molto ottusa quando una volta diventa un viscere esterno; e sicchè offese e manipolazioni che non poteva soffrire mentre era sulla sua posizione naturale, sembrano essere di poca importanza quando ha abbandonata la cavità pelvica.

L'alleviamento dei sintomi della paziente però dovuti alla cessazione della leucorrea vaginale, e la graduata ottusità della sensibilità dell'utero, sono in generale più che controbilanciati dal sopraggiungere di patimenti per altro ragioni. Coll'aumentare della procidenza dell'utero la posizione degli altri organi pelvici si disturba sempre più; la vescica è stirata in basso entro la duplicatura peritoneale anteriore, e i rapporti naturali dell'uretra sono di spesso così alterati, che il condotto si dirige perpendicolarmente in basso, invece che in direzione orizzontale. Questa trasposizione porta seco necessariamente molta difficoltà a svuotare la vescica, mentre l'accompagna in generale una voglia frequente di mingere: pei quali due sintomi la vita della paziente viene resa miserabile. In modo simile, sebbene non sempre, il retto è tirato in basso, e così agli altri sintomi si aggiunge la defecazione difficile. Nè questo è tutto, ma la discesa del tenue nella cavità pelvica occupandovi lo spazio che l'utero e i visceri vicini vi hanno lasciato vuoto, disturba le loro funzioni e produce varie sensazioni di dolore e d'incomodo nell'addome, o a questi non di rado si aggiunge il malessere dell'infiammazione del peritoneo, di cui una forma cronica manea ben di rado d'ordirsi.

Il tumore esterno è per sè sorgente di molto incomodo. Ad onta dell'ispessirsi del suo integumento, l'irritazione prodotta dall'esposizione all'aria, e da tutte le forme di offesa esterna, da cui è impossibile proteggerlo, come anche dal passaggio dell'urina e delle feci, manca di rado dal produrre l'ulcerazione della sua superficie: quest'ulcerazione avviene generalmente a larghe chiazze sulle parti più esposte; come, per esempio, ai lati, dove il tumore soffre lo sfregamento delle cosce; al disotto dove viene sfregato quando la paziente siede o si corica; e alla parte superiore dove è facile che si impiaghi pel passaggio dell'urina. Le ulcere sono di rado profonde, ma sono in generale irregolari, a bordi rialzati, a superficie indolente, e sono poco proclivi a guarire. La bocca dell'utero pure per la sua posizione nella parte più bassa del tumore, e per la sua conseguente esposizione all'irritazione, come anche per la delicatezza della membrana di questo punto, è quasi sempre la sede di un'ulcera o di

una escoriazione. Questa ulcerazione è spesso assai estesa (*), non solo per la circostanza che le labbra dell'ostio, partecipando all'ipertrofia generale dell'utero, presentano una gran superficie, ma anche perchè il continuo stirare della vagina rovesciata tende a stirare all'insù e allontanare l'una dall'altra le labbra dell'utero, producendo così un considerevole arrovesciamento della membrana mucosa del canal cervicale, che presto si escoria (63). La riduzione del viscere ridona alle parti i loro rapporti naturali, e la vasta ulcerazione esterna rientra quasi fuori della vista entro il canale della cervice.

L'esistenza del prollasso d'utero, sebbene non sia ostacolo alla concezione, rende spesso la gravidanza un'epoca di considerevoli patimenti. I gradi leggieri di abbassamento d'utero infatti sono spesso guariti dalla gestazione, giacchè a misura che l'utero si ingrandisce ascende gradatamente entro la pelvi, e il sollievo temporario così ottenuto può rendersi permanente con talune cure durante la gravidanza, e col mantenere a lungo la posizione eretta dopo il parto. Quando però lo spostamento è considerevole, e specialmente quando l'utero fu già parzialmente procidente, l'effetto dell'ingrandimento dell'utero è di farlo discendere ancor più basso, cosicchè una parte considerevole del suo segmento inferiore, come anche la sua cervice molto ingrossata, protrudono permanentemente durante una gran parte o durante tutta la gravidanza. Tutti i sintomi, a cui d'ordinario dà origine il prollasso, in questi casi si provano in un grado più grave, e non di rado avviene l'aborto, dovuto in parte al disturbo inseparabile dallo spostamento dell'utero, e, in parte, al manco di spazio nella pelvi per l'ulteriore sviluppo del viscere che non può, come dovrebbe, innalzarsi entro la cavità addominale. In alcuni pochi casi però la gravidanza pereorre il suo periodo senza disturbi, ad onta di un grado di prollasso, e si ricordano casi, in cui l'utero discese maggiormente, finchè una buona porzione di esso venne a pendere in basso tra le coscie, mentre lo sviluppo del feto aveva progredito nulla di meno in questa posizione non naturale; ed altri

(*) Questo fatto, dell'esattezza del quale chiunque può prontamente capacitarsi, per quanto mi so, fu notato prima da Scanzoni in una nota a pag. 178 della quarta edizione del vol. I di Kiwisch, *Klinische Vorträge*.

(63) L'arrovesciamento delle labbra uterine e l'apparizione della mucosa cervicale nella procidenza del viscere non si hanno che in donne le quali abbiano figliato, sì per la subita distensione del canal cervicale, sì per le frequenti lacerazioni avvenute nei parti. Il caso di ectropia, narrato alla nota 62, appunto perchè in utero che non generò mai, presentava un'orificio piccolissimo, quale in una vergine, da lasciar passare appena un comune specillo, ad onta che il muso di tinca fosse ipertrofico (secondariamente di certo al prollasso) e che la tensione, che faceva la vagina sul collo, fosse grande.

DE-CRISTOFORIS.

casi ancor più strani, in cui il coito ebbe luogo immediatamente entro la bocca dell'utero, o la fecondazione o la gestazione, non disturbate, ebbero luogo ad onta dell'esistenza di una procidenza irriducibile.

Si esposero le cause, che tendono ad opporsi alla riduzione di ogni procidenza d'utero esistente da lungo tempo; queste stesse cause, sebbene operanti in grado minore del prolasso semplice, pure spesso imbarazzano la completa riduzione dell'utero nella sua situazione normale. Infatti a poco a poco una donna non di rado si abitua agli incomodi della sua posizione, finchè alla fine ne sembra essere ben poco incomodata, e ciò perfino in casi di procidenza esterna dell'utero. A questo però vi sono molte eccezioni, e le ulcerazioni della superficie dell'organo procidente diventano talora assai estese, prendono un aspetto maligno ed hanno luogo distacchi parziali gangrenosi del tegumento; oppure la massa, non essendo stata ridotta per un tempo più lungo dell'usato, diventa gonfia, resistente, dolorosa, e tutti i tentativi di riduzione riescono frustranei. Il dolore intenso, che in alcuni di questi casi accompagna ogni tentativo di ridurre l'utero, è spesso dovuto a qualche grado di infiammazione iniziata nel peritoneo, che tappezza la saecocœcia, in cui discesero le intestina alla parte superiore e posteriore dell'utero prolassato, od a flogosi dell'involucro peritoneale delle stesse intestina; o la morte può accadere in queste circostanze, con molti sintomi di natura simile all'ernia strozzata letale.

Delle due varietà di prolasso vaginale, in cui viene spostata la sua parete posteriore o l'anteriore, quest'ultima è agiona di gran lunga i sintomi più importanti. Qualche grado di prolasso della parete posteriore vaginale esiste però in molti casi di lacerazione del perineo, avendosi una penosa sensazione di stiramento nell'assumere la posizione eretta, perdita leucorroica e incomodo per la protrusione tra le labbra di una piccola ansa di vagina; sintomi che si provano generalmente, sebbene non in misura proporzionata al grado di spostamento. A queste si aggiungono tutti gli inconvenienti della costipazione, e l'angustia risultante della formazione della scibala nel retto, qualunque volta la parte inferiore dell'intestino viene trascinata in basso e si fa prolasso: mentre quando il male dura da tempo od è di grado considerevole, l'utero è di solito tirato pure in basso e fuori della propria posizione.

Ma inverso, il prolasso della parete vaginale anteriore, accompagnato com'è dalla discesa della vescica, si associa ad una sensazione particolare di stiramento all'ombilico, che è tanto più tormentoso quanto più la vescica è piena; diminuisce o cessa affatto, quando è completamente vuota. Questa sensazione fu ascritta, e probabilmente con diritto, allo sforzo del legamento sospensorio della vescica, che deve essere più stirata in proporzione che l'urina si accumula nella borsa prolassata dell'organo. La paziente prova inoltre una voglia costante di mangiare, che dal tentativo frequente non è sollevata, a

meno che si preme dal basso, contro la borsa della vescica prolassata, in guisa da svuotarla completamente. Si aggiunga a ciò, in molti casi, col tempo (*) un'alterata condizione dell'urina, ch'è torbida, viscosa, talora fetida e carica di fosfati; ciò dovuto in parte alla sua ritenzione entro la borsa prolassata della vescica, in parte anche all'irritazione propagatasi agli stessi reni. E appena necessario dire che in questi casi i sintomi ordinarii del prollasso vaginale non mancano, mentre fu già riferito l'effetto particolare dall'abbassamento della vescica nella produzione dell'ipertrofia del labbro anteriore dell'utero e nel susseguente prollassarsi dell'organo.

I caratteri del prollasso dell'utero o della vagina sono così ben marcati, che con mediocre attenzione deve quasi esser impossibile l'errare sul loro significato. Possiamo perciò passare subito all'esame del trattamento più adatto a produrro la guarigione.

Qui però incontriamo subito opinioni ed asserzioni molto contraddittorie, perchè mentre alcuni autori consigliano l'impiego generale di mezzi meccanici per mantenere nella loro propria posizione gli organi spostati, altri ne negano l'utilità e adducono varii argomenti contrarii. Senza entrare nella controversia, dobbiamo riflettere a ciò che i disputanti hanno troppo spesso dimenticato, che cioè il prollasso dell'utero avviene in circostanze molto diverse, e che il suo trattamento per essere approvato deve pure variare. Talora è risultato di cause che aumentano il peso dell'utero, e rendono così i suoi ordinarii sostegni incapaci a mantenerlo nella sua propria posizione, mentre in altri casi un indebolimento degli stessi sostegni per accidente o malattia è il primo passo verso la produzione dello spostamento, e secondo che predomina l'una o l'altra di queste condizioni sarà utile o meno l'uso di mezzi meccanici. Così, per esempio, tempo, attenzione e giadiziosa condotta generalmente basteranno a togliere quella forma di discesa d'utero, che sussegue l'aborto o il parto, in cui l'involutione ancora imperfetta del viscere e il conseguente aumento del suo peso sono le principali cause dello spostamento: mentre congegni meccanici fanno sempre di bisogno quando l'appoggio che la vagina deve prestare fu distrutto da grave lacerazione di perineo, o molto indebolita per atrofia da vecchiaia.

Adunque la prima ricerca che dobbiamo fare in ogni caso di prollasso d'utero concerne la causa, da cui dipende la cattiva posizione dell'organo; e bisogna perciò che noi procuriamo di riconoscere la precisa condizione della salute della paziente prima della produzione di quei sintomi per cui essa ora ricorre al nostro aiuto. Nelle donne maritate troveremo spesso il principio del male riferito a qualche aborto o parto; nelle non maritate a fatiche troppo pesanti o prolungate al periodo mestruo, aggravato in seguito da mancanza di

(*) A questa causa di alterazione d'urina fu per primo fatta attenzione dal fu dottor Golding Bird in uno scritto pubblicato nel *Medical Times and Gazette*, 1853, 1.º gennaio, p. 11.

cure ad ogni ritorno successivo dei mestrui. Il riposo nella posizione coricata, la diligente attenzione allo stato delle intestina, il semicupio freddo e le iniezioni vaginali astringenti di solito basteranno per la cura di simili casi; e a misura che diminuisce l'ipertrofia dell'utero, esso riacquisterà a gradi la sua propria posizione. La trascuratezza delle debite precauzioni ai periodi mestrui, che conduce spesso ai gradi minori di prollasso d'utero, si associa pure ad ingrossamento d'utero, il quale scomparso assieme colla mala posizione sotto quella stessa cura che è appropriata ai casi, in cui la malattia succede al parto. Qui però abbisogna una cura speciale al ritorno di ogni periodo mestruo, per ovviare alla tendenza che ha l'utero a spostarsi di nuovo; cura, alla cui osservanza è spesso difficile assai indurro le pazienti, che probabilmente sentono solo poco incomodo. È per tali attenzioni, però, più che per reale trattamento, che meglio riusciamo a frenare la mestruazione troppo copiosa, molto di frequente associata perfino ai gradi minori di prollasso. Lo spostamento dell'organo lo espone all'irritazione: l'organo irritato e congesto aumenta alquanto di volume; e dai suoi vasi, fattisi più grossi e numerosi di quando l'organo era nella sua posizione naturale, il sangue scola più liberamente e tanto maggiormente se la paziente in queste epoche sta in posizione cretta e continua le sue ordinarie occupazioni.

In molte altre condizioni l'utero diventa più largo e pesante del naturale, o in molte di esse la disposizione al prollasso è perfino maggiore di quando il volume del viscere è dovuto alla incompleta sua involuzione puerperale. L'utero, sebbene dopo il parto sia più grosso o pesante del naturale, non è la sola parte ipertrofica; ma i suoi sostegni, quantunque troppo stirati o di conseguenza indeboliti, sono pure aumentati, più larghi e potenti che nello stato di vacuità.

Se però l'aumento dell'organo si deve a qualche'altra causa, come la congestione della menorragia abituale o l'ingrossamento che segue l'infiammazione cronica, sarà assai più facile ad accadere il prollasso dell'organo, giacchè il suo aumento di peso non sarà associato a sviluppo corrispondente di quelle parti, da cui è sostenuto *in situ*. Qui il prollasso è puramente secondario, l'utero ingrossato può richiedere perfino la deplezione locale per ridurno la massa, e finchè non si è ottenuto questo scopo, il prollasso tende ad aumentare, mentre i tentativi per trattenere l'organo nella sua propria posizione meccanicamente aumenteranno l'irritazione o risulteranno positivamente dannosi (64).

(64) Mentre il peso ed il volume maggiore dell'utero sono la causa diretta del suo abbassamento, noi dobbiamo tener calcolo di un'altra circostanza (come già dissi alla nota 61), l'allungamento cioè che patiscono i legamenti; allungamento che a sua volta diventa poi causa permanente di prollasso ad onta del ritorno del viscere al normale volume e peso. Di ciò, io penso, non tengono sufficiente conto i trattatisti ed i pratici, e mentre

Se a questi casi aggiungiamo un'altra classe numerosa, in cui l'abbassamento dell'utero è leggiero, ed è o uno dei risultati della perdita generale di tonicità nelle parti, associato ad uno stato di debolezza, o la conseguenza di qualche causa accidentale e temporaria, come il troppo esercizio a piedi o la fatica eccessiva, potremo concludere che l'uso di sostegni meccanici per l'utero spostato non è nè necessario, nè adatto: 1.^o nei gradi leggieri di prollasso uterino; 2.^o nei casi, in cui la discesa dell'utero, ancora comparativamente recente, è dovuta alla persistenza dello stato di ipertrofia puerperale, dipendente da imperfetta involuzione dell'organo dietro aborto o parto; 3.^o nei casi, in cui una malattia uterina di qualunque natura fu l'occasione dello spostamento dell'organo, tal malattia essendo tutt'ora nello stadio di curabilità.

D'altra parte mezzi meccanici d'una o d'altra natura sono in generale appropriati:

- 1.^o in tutti i casi di prollasso esterno o procidenza d'utero;
- 2.^o in casi di vecchi prollassi di secondo grado, accompagnati da molto rilasciamento di vagina e conseguente debolezza dei sostegni dell'utero;
- 3.^o in tutti i casi di estesa lacerazione di perineo, e per la stessa ragione nei casi di prollasso della vecchiaia;
- 4.^o nei casi dei gradi minori di prollasso, accompagnati da forti angosce e dolori;

dirigono ogni attenzione e cura al volume del viscere per vedere che diminuisca e insieme possa risalire spontaneamente, non pensano che, ciò ottenuto, i legamenti rilasciati saranno poi causa che, anche a volume normale, l'utero pel proprio peso naturale discenda e prolassi. È una trascuranza di previdenza che io ho positivamente verificato in alcuni casi, e in altri molti ho potuto dedurre dalla storia della malattia. Se vale il confronto, direi che lo specialista qui manca alla stessa guisa che mancherebbe un chirurgo, il quale facendo la tenotomia in un piede torto, non si curasse poi di comporto in un apparecchio e di compiere i metodici maneggi che debbono ridurre e mantenere il piede normalmente atteggiato. Prevenire questo secondario prollasso da rilasciamento pure secondario dei legamenti, è ciò che deve fare il ginecologo cercando con mezzi o con posizione opportuna di tenere sollevato l'utero nel tempo stesso che usa il trattamento diretto alla riduzione del viscere ingrossato. Come si vede, non è certamente il caso di servirsi di pessarii a tale scopo, ma basterà obbligare la donna per parecchie ore nel giorno, ed anche costantemente a tenere con cuscini sollevate le natiche, mentre le spalle ed il capo si terranno più basse. Nè questo solo mezzo basta talvolta, ed allora si ricorrerà ai pezzi di spugna imbevuti di glicerina, applicati in vagina contro la cervice uterina, mentre la posizione obbligata anzidetta riduce e tiene spontaneamente elevato l'intero viscere. Io mi sono sempre trovato contento di tale pratica, e penso che se così si agisce da molti in simili condizioni, si prevenirebbero di certo molti prollassi dell'utero.

DE-CRISTOFONIS.

5.° in tutti i casi di prolusso considerevole di vagina con o senza diseasa del retto o della veseica, e in tutti i casi, in cui il prolusso uterino è secondario a qualcuna delle altre forme di spostamento.

I sostegni, che si usano in questi casi, sono diretti o a mantenere l'utero nella propria posizione, od a recare sollievo alle dolorose sensazioni, che accompagnano il suo spostamento.

Sono essi o interni od esterni; questi ultimi consistono in forme varie di bendaggi, che esercitano una contropressione in direzioni differenti sul sacro, sul perineo, ed anche sul pube; mentre i primi agiscono immediatamente sugli stessi organi spostati. Gli interni si chiamano pessarii, dal greco *πισσαριον*; gli antichi avendo l'abitudine di introdurre in vagina sostanza medicata a varii scopi (*).

Vi sono due differenti specie di pessarii; cioè quelli che introdotti sono tenuti in luogo dalle pareti vaginali istesse, o quindi il cui sostegno è esterno alla vagina e ottenuto col mezzo di un bendaggio o qualche altro apparecchio cui sono attaccati col mezzo di un'asta. Ciascuna di queste specie ha i suoi vantaggi in certi casi, mentre evidentemente non abbiamo altra scelta che impiegare gli ultimi in molti casi, in cui il perineo fu lacerato tanto da allargare l'orificio della vagina, e rendere così le sue pareti incapaci di ritenere il pessario.

Un pessario deve essere leggero e liscio, affine che pel suo peso non indebolisca le pareti vaginali cedevoli e rilasciate, nè accresca la perdita leucorrica per le sue qualità irritanti. È pur desiderabile che prema equabilmente, e non su una molto limitata estensione della parete vaginale; ma che l'appoggio che presta sia uniforme e distribuito su una superficie discretamente estesa. Ora queste condizioni sono meglio soddisfatte con un pessario di forma globulare o leggermente ovale, e fatto di legno o di qualche altra materia, cui si possa dare facilmente una superficie perfettamente levigata. Da alcuni autori furono raccomandati pessarii cavi metallici; e, quando devono essere portati abitualmente, la leggerezza, la nettezza perfetta, o le qualità non irritanti di un sottile globo d'argento indorato a galvanismo, lo rendono di gran lunga il miglior pessario che possa usarsi. La spesa però dei metalli preziosi deve sempre essere un ostacolo al loro uso generale; mentre i pessarii di legno di bosso rispondono ad ogni scopo quando si ha bisogno soltanto di un sostegno temporario. La gomma elastica ha molti vantaggi nella sua mollezza od elasticità,

(*) I pessarii erano usati dagli antichi per le virtù medicinali della loro composizione, e non per la loro utilità. Così, per esempio, nel giuramento ipocratico, il candidato giurava di astenersi dall'uso di pessarii per distruggere il feto; ed è alle supposte virtù medicamentose dei loro costituenti che Celso si riferisce nel 23.° capitolo del suo 5.° libro. Il loro nome per alcuni proviene dal loro supposto valore terapeutico, quasi *πισσαριον*, *mollire*; ma da altri da *πισσος*, pelle di un animale col suoi peli, in cui erano involti i materiali del pessario prima di essere introdotti entro la vulva. Questi pessarii si usavano in casi di prolusso d'utero, ma come mezzi per applicare rimedii astringenti, piuttosto che per trattenere l'utero meccanicamente al suo posto; ed è solo nei due secoli scorsi che si ebbe riguardo principalmente, se non esclusivamente, alla loro utilità meccanica.

ma non è così pulita come il legno, ed è facilmente alterata dalle secrezioni vaginali. Il pessario globulare è specialmente utile nei casi di prollasso di primo grado, dove l'abbassamento dell'utero, in cui la sua cervice appoggia sul pavimento della vagina, produce molta molestia locale e molti disturbi simpatici. Un piccolo pessario globulare introdotto nel *cul di sacco*, dietro l'utero, basta a sostenere l'organo dal fondo pelvico, producendo spesso alla paziente un grado di benessere egualmente gradito quanto inaspettato, e togliendo i sintomi quali appena potremmo persuaderci che un grado così leggero di spostamento dell'utero dovesse produrre. Il pessario grande globuloso è pure assai utile in casi di prollasso uterino considerevole e di vecchiaia data, in cui l'organo trovasi vicino alle parti esterne od anche protrude da esse, mentre che tutta la parete vaginale è in uno stato di somma rilasciatezza. Infatti in alcuni di questi casi può essere necessario trattenere il pessario col mezzo di un bendaggio esterno, munito di cuscinetto premente sul perineo. In ogni caso di considerevole prollasso di vagina e in tutti i casi, in cui è prollassato il retto o la vescica, è assolutamente richiesto un pessario ovale per prevenire l'aumento del male ed effettuare la cura. Il pessario globulare però non è scevro di alcuni svantaggi. A meno che non sia molto piccolo, o che la paziente impari ad introdurlo o levarlo da sè — cosa certo raramente e di molta difficoltà — non solo imbarazza i rapporti sessuali, ma anche l'uso salutare delle iniezioni vaginali necessario a scopo di nettezza. È in parte, onde ovviare le difficoltà che prova talora una persona ad introdurre e ritirare il pessario, che ultimamente furono inventati pessarii ad aria, composti di globi di gomma elastica vulcanizzata, cui è attaccato un tubo; per mezzo del quale, dopo averli introdotti nello stato di placidità possono venir distesi con aria per mezzo di stantuffo. Sono costosi e facili a guastarsi, ma non conosco altra obiezione alla loro utilità. In alcuni casi v'è un grado considerevole di sensibilità dell'utero e della vagina, cosicchè un pessario comune di legno produce molto dolore, e in questo caso il pessario ad aria di gomma è molto utile. Oltre la forma, invero la più costosa, che si riempie a mezzo dello stantuffo, ve n'è una qualità meno costosa che rassomiglia ad un pessario ordinario, eccetto che è permanentemente disteso dall'aria invece di essere riempito di crine o di qualche altra materia.

Dovrei forse dire una parola circa l'uso di pessarii fatti di spugna, e che scbbene meno usati di una volta, non sono senza applicazione in certi casi. L'uso di pezzi globosi di spugna involti in tela cerata onde renderla impervia alle secrezioni vaginali, è ora caduto in disuso in causa dei superiori vantaggi dei pessarii di gomma. Perciò, quando la si usa, ora la si introduce senza involto o avvolta con un pezzo di tela. I vantaggi dei pessarii di spugna consistono nell'esserne facile la introduzione, nel poter sempre la paziente maneggiarla da sè nella circostanza che essa si espande in modo da tener in sito efficacemente l'utero, e nel potersi usare le iniezioni astringenti

senza che venga levata. Le obiezioni sono che la sua superficie ruvida è sempre atta ad irritare le pareti vaginali, mentre coll'inversarsi delle secrezioni presto diventa fetente e perciò più irritante (65).

Per queste considerazioni pertanto non deve essere usata nei poveri, le cui circostanze sono facili a sconcertare la più scrupolosa nettezza, nè in qualunque caso, in cui v'è difficoltà a mantenere l'utero a suo posto; mentre quando la si usa, la spugna deve essere ritirata ogni 12 ore e sostituita da un'altra, e non deve introdursi di nuovo nessuna spugna se non dopo essere stata macerata nell'acqua per 12 ore. I soli casi adunque, in cui è conciliabile la spugna come pessario, sono i casi dei gradi minori di prolasso in cui temiamo che il male si accresca per le occupazioni ed esercizi ordinari della paziente, mentre l'uso del pessario è una misura precauzionale, della quale vi sia buona ragione a credere che potremo presto essere in grado di farne senza tutt'affatto.

Una altra specie di pessario, non così generalmente applicabile come quello di forma ovale o globosa, ma pure avente vantaggi che lo rendono assai utile in alcuni casi, è il pessario a disco. Questo, come implica il suo nome, è un disco piatto di legno, o talora di qualche materia leggera, come crine, coperta di gomma elastica, od anche un cuscinetto di gomma gonfiato d'aria, il quale, introdotto in vagina, è posto trasversalmente tra le tuberosità ischiatiche in modo da formare un pavimento artificiale alla pelvi e così mantenere l'utero più vicino alla sua posizione naturale. Questi pessarii sono tutti forati da apertura centrale, la quale non è solamente utile per facilitarne la rimozione, ma permette anche il libero scolo del fluido mestruo, e ammette la possibilità che la concezione abbia luogo stando in posto. L'apertura centrale però, fu talvolta occasione di considerevole incomodo alla paziente, dovuto alla cervice dell'utero che vi passa attraverso, e vi si gonfia, e viene parzialmente strozzata dai suoi margini. Si evita facilmente questo inconveniente colla precauzione di far fare l'apertura centrale o troppo piccola per passarvi attraverso la cervice dell'utero, o troppo larga per ovviare la possibilità della sua strangolazione; o per regola generale il primo modo di costruzione è preferibile all'ultimo. Un'obiezione meno rimediabile a questa specie di pessario proviene dalla sua estrema facilità a

(65) Ad ovviare il fetore, che dà la spugna tenuta in vagina, ho veduto che valgono meglio d'ogni disinfettante l'acqua di goudron, l'elatina, l'acido fenico diluito: od una soluzione d'ipermananganato di potassa: con le iniezioni di queste sostanze posso far mantenere la spugna in sito tre o quattro giorni, evitando il disagio ed il maneggio della frequente sua riapplicazione ed ovviando all'intenso odore putrescente, che altrimenti ne nascerebbe, da così prolungato soggiorno della spugna fra gli umori animali e il calore naturale.

spostarsi, dovuta alla circostanza dell'essere in contatto solo con una striscia comparativamente stretta di parete vaginale, invece di essere abbracciato, come lo è il pessario globulare, da una grande estensione di superficie; mentre, sebbene una donna dotata di ben poca destrezza può imparare a introdurre e levare da sè il pessario globulare, bisogna che essa dipenda sempre da persone dell'arte per l'appropriato adattamento di un pessario foggiato a disco.

Si fecero molti tentativi per superare con diverse modificazioni quest'ultima obiezione mossa al pessario a disco, e per procurare all'utero un appoggio, che, mentre sia di facile introduzione, sia pure poco soggetto a spostarsi. Questi intenti sembrano essere stati alla fine ottenuti dall'ingegnosità del dottor Zwaneck (*) (fig. 21) di Amburgo. Il suo strumento, che ora può facilmente aversi a Londra, consiste di due dischi di metallo ovali e cavi, con un'apertura centrale per ciascuno onde diminuirne il peso, uniti da una cerniera acciò possano chiudersi ed aprirsi. Un piccolo stelo curvo parte verso la fine della cerniera di amendue i dischi, i quali, quando lo strumento è aperto, vengono a contatto fra loro, e sono facilmente assicurati da una vite che forma l'estremità leggermente bulbosa dello stelo più lungo, mantenendo così aperto il pessario in modo sicuro. L'istumento è introdotto naturalmente chiuso, e quando è portato in alto ed è entrato prontamente in vagina, viene dilatato col portare gli steli a contatto; un giro della vite lo assicura in questa posizione, e il suo maneggio è così semplice che la paziente impara subito come introdurlo e ritirarlo da sè (66). Finora l'ho usato in parecchie occasioni, e fui sorpreso di trovare come mantenga effettivamente perfino l'utero ingrossato, che fu già di spesso precedente. Però la sua introduzione è difficile e dolorosa nei casi, in cui l'orificio della vagina è affatto ristretto, e sembra assai meglio adatto al sussidio delle maggiori che delle leggiere forme di spostamento uterino, e specialmente di quelle in cui il perineo è lacerato od ha perduto la sua elasticità, da non potere il pessario ad aria essere trattenuto in vagina (**).

(*) Egli pubblicò una descrizione ed un disegno dell'istumento nel *Monatschrift f. Geburtshunde*, Band. 1, Heft 3.

(**) Furono fatte alcune modificazioni allo strumento di Zwaneck, specialmente allo scopo di render la vite più facile a maneggiarsi dalle pazienti. Di questi quello di Schilling è il più ingegnoso, giacchè e due parti dello stelo non si separano mai, ma lo strumento si apre e si chiude secondo che la vite si gira da sinistra a destra, o da destra a sinistra. Esso può aversi ora dai fabbricatori di strumenti di Londra. Una descrizione minuta con tavole di gran varietà di pessarii e sostegni uterini è data dal dottor Franque, nel suo saggio *Der Vorfall der Gebärmutter*. Würzburg, 1860.

(66) Pessarii di Zwaneck se ne costruiscono ora in gomma indurita, evitando così l'ossidazione di quelli in metallo e guadagnando maggiore leggerezza nello strumento.

Per altre nuove forme di pessarii si ricorra alla mia nota posta in fine della lezione XII.

DE-CRISTOFORIS.

Ma v'è un'altra gran classe di pessarii, in cui l'istrumento è tenuto nella sua posizione da qualche appoggio esterno, non da sola contropressione delle pareti vaginali e del fondo della pelvi. Il principio di tutti questi istrumenti consiste nell'impiego di qualche specie di cinto che contorna i fianchi, al quale è attaccato un gambo portante il sostegno uterino, o altrimenti alcune cinghie vi sono annesse, le quali servono a mantenere il sostegno interno nella sua propria posizione. Il grande inconveniente pratico del loro uso è che la cinghia o la molla, che circonda la pelvi, è soggetta senz'altro a lievi cambiamenti di posizione, per cui lo stelo vaginale è talora spinto a premere dolorosamente sull'orificio di quel canale, o il sostegno uterino si sposta tanto da permettere che abbia luogo la discesa dell'utero ad un lato di esso. Questa circostanza, assieme col loro prezzo assai elevato, fa sì che essi sono comparativamente di rado impiegati, sebbene possiate trovare casi (quelli specialmente di perinco estesamente lacerato) in cui l'una o l'altra modificazione di questa specie di apparecchio sarà di molto servizio.

Una causa di benessere per la paziente, dietro l'impiego di taluno di questi sostegni esterni, deriva dalla contropressione sulla pelvi che esercita la cinta, e che mitiga molte delle penose sensazioni, che si provano in casi di prolasso uterino. Due bendaggi, che mi sembrano assai bene adatti a questo scopo, sono il sostenitore utero-addominale di Hull ed un bendaggio noto ai fabbricatori di istrumenti col nome di bendaggio del dottor Ashburner. Ognuno di essi abbraccia strettamente le anche, mentre il primo è munito di una gran placca metallica imbottita che si adatta sopra il pube, e l'ultimo di una simile adattata alla parte superiore del sacro. La principale utilità di queste placche metalliche si è che per la loro continua, eppur dolce contropressione, mitigano i dolori simpatici che si riferiscono al dorso nell'un caso, o lo stiramento e la molestia che si prova alle regioni ovariche nell'altro caso. Ad ambedue è adattata una cinghia che passa tra le coscie con un cuscinetto perineale, e quantunque se ne possa far senza, se si desidera, si troverà di molto servizio in tutti i casi di ragguardevole rilasciamento della vagina con disposizione ed attiva procidenza, usato sia solo ed in combinazione a qualche forma di sostegno interno. La correggia e il cuscinetto perineale hanno lo svantaggio di riscaldare le parti, e di così perpetuare la perdita leucorroica; ma senza di esse lo istrumento non può essere bene fissato in posto. Dei due, quello di Ashburner col cuscino sacrale, mi parve il più utile, mitigando di molto il dolor lombare, e venendo da alcune persone trovato infatti quasi indispensabile al loro benessere nel camminare o nel fare qualunque fatica (67).

(67) E assai discutibile l'opinione dell'autore, che ritiene provenga il sollievo del dolor sacrale ed ovarico dalla placca applicata al sacro od al pube coi due pessarii menzionati. Ben più razionale credo sia il ritenere che dal

È appena necessario dire qualcosa riguardo al modo di introdurre i pessarii ed alle precauzioni, che devono avere coloro, che li portano. Anche nei casi che maggiormente richiedono il loro uso, si presuppone sempre che non si adoperano finchè v'è qualche considerevole sensibilità delle parti, od esiste traccia di infiammazione o di molta congestione. Tolte queste condizioni, la paziente coricata sul suo fianco sinistro, l'utero viene portato il più possibile nella sua posizione naturale, e il pessario unto d'olio o di unguento è introdotto, non senza fare attenzione alla direzione degli assi della pelvi, e collocato dietro la cervice dell'utero o semplicemente nella parte superiore della vagina, se il rilasciamento delle pareti vaginali è molto considerevole; e se il prolasso ha oltrepassato il primo grado. Quando il rilasciamento delle pareti è grande, sarà essenziale scegliere alla prima un pessario tanto grosso da introdurvi attraverso l'orificio della vulva non senza qualche difficoltà, perchè la vagina è sempre più ampia nella sua parte superiore che in vicinanza al suo orificio; e inoltre, se l'introduzione dello strumento fosse molto facile, si sarebbe quasi certo che subito si sposterebbe. Nei gradi maggiori di prolasso, e quando il perineo è lacerato, una fascia esterna con cuscinio perineale è necessaria per tenere lo strumento a suo posto.

Quando si usa il pessario a disco, l'istrumento si introduce di costa, e si porta su in vagina fin dove è possibile in quella posizione. Viene allora fissato col girarlo in modo che si ponga trasversalmente tra le tuberosità ischiatiche, dove forma una sorta di pavimento pelvico artificiale, su cui l'utero appoggia. Qualunque genere di pessario si usi, ma specialmente quello a disco, non dobbiamo abbandonare la malata dopo la sua introduzione, finchè non abbia passeggiato due o tre volte per la stanza, e finchè non ci siamo così assicurati che l'istrumento rimane nella sua propria posizione. Uno dei gran vantaggi dello strumento di Zwaneck, come già dissi, è la poca facilità a spostarsi.

Nessun pessario dovrebbe restare in vagina per molte settimane, per quante siano le precauzioni usate con frequente iniezioni vaginali onde prevenire i depositi di secrezioni su di esso. Uno dei gran vantaggi del pessario globoso o cilindrico, come anche di quello di Zwaneck, consiste nella possibilità che la paziente lo rimuova da se stessa ogni sera, e lo riponga prima di alzarsi alla mattina, per cui non solo può tenersi scrupolosamente netto, ma la vagina può essere lavata coll'uso abbondante di acqua o di qualche lozione astringente

rialzo dei visceri e dall'allentamento dei legamenti tutti uterini provenga la diminuzione del dolore in quei punti.

E ci conferma in questa idea il fatto che eguale beneficio deriva da altri pessarii più semplici che non sono muniti di appoggio esterno.

DE-CRISTOFORIS.

due volte nelle 24 ore. Sono citati casi gravi derivanti da negligenza di questa precauzione, in cui si produsse infiammazione e ulcerazione della vagina, o il pessario si fece perfino strada entro la vescica, così aggravando la paziente di tutte le miserie della fistola vescico-vaginale. Ma un'altra ragione per toglier di frequente il pessario si è, che in molti casi l'usiamo solo come un espediente temporario, come un mezzo di tener in posto l'utero, intanto che la vagina e le duplicature del peritoneo acquistano quella forza che possa capacitarle, a trattenervelo permanentemente. Noi giudichiamo talvolta che dopo qualche tempo il pessario possa essere affatto intralasciato, e, come passo preliminare a ciò, cambiamo il primo pessario e ne sostituiamo uno più piccolo. Infatti è ben di rado opportuno far senza dell'uso del pessario tutto ad un tratto, ma è in generale più prudente l'usare uno o più strumenti di più piccolo volume prima di abbandonare affatto il loro uso.

Nei casi di prollasso del retto è importante dare alla paziente speciali direzioni circa la necessità di sorvegliare lo stato delle sue intestina, e circa la probabilità che poche settimane di negligenza a questo riguardo possano riprodurre tutti i sintomi di prima. Quando fu spostata la vescica, si può fare qualcosa per curare i gradi leggeri dell'accidente, e dopo aver levato il pessario, onde prevenire la ricaduta, la paziente comprime colle dita la parete vaginale anteriore ogni volta che spande acqua, onde assicurare ad ogni volta lo svuotamento completo della vescica (68).

In tutti i casi di procidenza d'utero, come pure di prollasso esterno della vagina, la prima cosa a farsi è di ridurre le parti entro la cavità pelvica, e mantenervela coll'uso, se necessario, d'un bendaggio di Ashburner o qualche altro bendaggio adattato con cuscinetto perineale. In alcuni casi, quando la procidenza dura da molto tempo, questo è tutto quello che può tentarsi per un certo tempo; giacchè la massa ipertrofica dell'utero e delle parti adiacenti è non di rado così ragguardevole da lasciare poco spazio per l'uso d'un pessario. È per altro rimarchevole con quale rapidità diminuisce una tale ipertrofia, se la paziente è tenuta per due o tre settimane perfettamente quieta nella posizione supina, mentre si prende cura che il

(68) La paziente spesso rifugge dall'insinuare le proprie dita in vagina a tale scopo, sì perchè si bagna la mano nell'atto del mingere, sì perchè le riesce difficile la manovra. Vale assai meglio insegnare in tali casi ad assumere la posizione in ginocchio sul letto col tronco inclinato in avanti e la testa in basso appoggiata sul piano del letto di sotto; giacchè più facilmente la donna vi si abitua, trovandola più comoda. In tale posizione l'utero rimonta in alto nella cavità del bacino, il fondo della vescica sale con esso, la potenza muscolare di quest' viscere può meglio essere esercitata, e così può più facilmente svuotarsi dell'urina raccolti.

prolasso non diventi di nuovo esterno. Anche la presenza di un'abrasione molto considerevole attorno alla bocca dell'utero non controindica menomamente la riduzione immediata del viscere; così dicasi delle ulcerazioni grandi ed indolenti, che si formano sulla superficie della vagina arrovesciata. La guarigione di tali piaghe, sebbene sempre lenta, pure d'ordinario procede più rapidamente entro il corpo, che fuori di esso; mentre se la cicatrizzazione non progredisce favorevolmente sotto l'uso di semplici iniezioni vaginali, come l'acqua saturnina o la lozione nera, può ordinarsi alla paziente di far protrudere qualche volta l'utero all'esterno con sforzi di premiti, affine di metterei in grado di toccare col nitrato d'argento i bordi e la superficie di qualunque ulcera, tutte le volte che ven'ha il bisogno.

A questa regola però vi sono talora eccezioni. Talvolta la superficie esposta è estesamente abrasa, ed è assai dolorosa, o le ulcere vi sono grandi, numerosi e di cattiva indole. In tali circostanze gli sforzi per ridurre l'utero sarebbero assai dolorosi, mentre le ulcerazioni ponno richiedere un trattamento più diretto di quanto sarebbe praticabile sull'organo respinto entro il cavo pelvico. Quando questo è il caso, io uso tenere la paziente per pochi giorni coricata colle anche rialzate, e l'utero stesso sostenuto da un cuscino, e avvolto o in una medicazione di acqua semplice o di una debole lozione saturnina; e se l'abrasione della sua superficie è molto estesa e la secrezione assai profusa, adopero i pannolini imbevuti in una lozione composta di 2 grammi di ossido di zinco sospeso con 4 grammi di mucilagine in 12 grammi d'acqua. Se le piaghe sono molto indolenti, ponno medicarsi con un'unguento di 4 grammi di balsamo peruviano con 30 grammi di unguento di spermaceto, mentre i loro bordi ponno richiedere il tocco giornaliero colla pietra infernale. Questi mezzi però devono continuarsi solo finchè lo stato delle parti precedenti lo esige assolutamente, perchè più presto se ne può far senza è meglio sotto tutti i riguardi. Due altre condizioni richiedono o cautela nel tentativo di riporre l'utero o dilatazione prima di tentarlo. Quando l'utero fu a lungo esterno, le intestina, come già si dimostrò, cadono già fuori della loro propria posizione entro la cavità pelvica. Ponno diventare tanto abituate alla loro nuova posizione, che la paziente risenta un ragguardevole malessere quando l'utero è ridotto. In queste circostanze sarà conveniente di ridurre l'organo solo per poco tempo ogni giorno, onde a gradi abituare le parti alla correzione di quello che divenne, col lasso di tempo, pressochè una naturale posizione. Il malessere però, che la paziente prova, può dipendere inoltre dalla circostanza d'essersi fatte adherenze tra le intestina stesse, o tra esse ed i bordi del sacco del prolasso, presentando così uno ostacolo meccanico reale alla riposizione dell'utero, e richiedenti molta attenzione da parte nostra, giacchè non solo malessere, ma una pericolosa peritonite può risultare da sforzi troppo vivi per riporre l'utero, o per mantenerlo costantemente entro la pelvi, se già riposto. In

tutti i casi adunque di ampio prollasso, in cui le intestina sono discese nel sacco, è necessario una grande circospezione in ogni tentativo di ridurre l'utero. Se v'è molta sensibilità della massa, può essere espediente l'applicarvi delle mignatte, e farvi sopra fomentazioni o bagnature d'acqua per molti giorni. Ma anche in mancanza di tali sintomi è pure conveniente, a meno che la massa possa respingersi con molta facilità, di accontentarsi per qualche tempo di sollevare l'utero col mezzo di un cuscinetto, e applicare un bendaggio a T onde prevenirne l'ulteriore discesa; perchè se con mezzi blandi possiamo gradualmente diminuire il prollasso, ci è permesso sperare col l'andar del tempo di toglierlo totalmento e con sicurezza. Con un procedere opposto, si farà quasi sempre tanta violenza alle intestina da provocare l'infiammazione; e vidi una volta la morte risultare da questo manco di precauzione, mentre in un altro caso, sebbene non si usasse eccessiva violenza nel ridurre il viscere, sopraggiunse la peritonite, da cui però la paziente fortunatamente guarì.

I varii trovati pel sollievo del prollasso d'utero o di vagina fin qui esaminati, sono manifestamento puri mezzi palliativi; effettuano infatti in molti casi la guarigione, ma ciò fanno indirettamente col prevenire ogni aumento di spostamento, e dare così tempo e opportunità ai processi naturali di gradualmente toglierli. Nei gradi più leggieri, e in casi comparativamente recenti di prollasso, questi mezzi mancano di rado dal produrre molto bene; ma v'è incertezza circa il loro risultato quando l'accidente è di vecchia data o assai considerevole; il che ha naturalmente condotto al tentativo di una cura più spedita e più sicura.

Furono immaginate perciò numerose operazioni, aventi a scopo o il restringimento dell'orificio della vulva e il conseguente ostacolo preventivo del prollasso esterno, o la contrazione della vagina istessa, e con ciò l'allontanamento di una delle principali cause, da cui dipende il prollasso. Non vi può essere probabilmente differenza di opinione riguardo alla opportunità di eseguire un'operazione in alcuni di questi casi. In quelli, per esempio, in cui la vasta lacerazione del perineo fu seguita da prollasso della vagina o del retto e da conseguente discesa dell'utero, egli è ovvio che tutti i trovati per tener l'utero in posto otterranno ben poco in confronto a ciò che possiamo sperare di ottenere col riparare al perineo, col dare alla vagina un'altra volta il suo proprio appoggio, e col ridurre di nuovo le parti nella loro condizione normale. Però tra questo e la contrazione artificiale dell'orificio della vulva v'è una gran differenza. La riparazione del perineo naturale restituisce agli organi pelvici il sostegno di cui un accidente li ha privati, ed è perciò essenzialmente misura curativa; l'obliterazione parziale della vulva non fa altro che meccanicamente chiudere l'apertura, attraverso la quale gli organi prollassi sfuggono fuori dalla cavità pelvica; mentre lascia tutti gli altri inconvenienti dell'accidente non mitigati, e perfino meno di prima trattabili con mezzi palliativi, e con quel soccorso che congegni meccanici ponno prestare. Ad onta

di questi ovvii inconvenienti però, le difficoltà inerenti all'applicazione di pessarii ed altri sostegni meccanici, gli incomodi inseparabili dal loro uso, la loro insufficienza, almeno in alcuni casi, a corrispondere perfino a quello scopo limitato che solo ponno soddisfare, condusse Mende all'idea di un'operazione, e Fricke (*) all'eseguimento (**) di un atto operativo alquanto diverso, allo scopo di trattener l'utero entro la vagina. L'operazione di Mendo, tendente a sostenere l'utero col formare un'imene artificiale, non fu praticata mai: ma, l'attenzione destata in questo paese dall'eseguimento d'un'operazione. identica nel principio a quella di Fricke, fa desiderare che si entri un po' più nei dettagli che la riguardano, di quello che sarebbe altrimenti conveniente.

L'operazione di Fricke consiste nell'ablazione del margine di ciascun labbro di una porzione della sua sostanza, per la larghezza di due dita, cominciando le incisioni 2 $\frac{1}{2}$ centimetri circa al di sotto della commissura superiore da ambo i lati, e unendole in una forma arcuata un centimetro e mezzo circa dietro il frenulo; nel fare ciò si consiglia una speciale cautela, cioè di non risparmiare troppo tegumento. Cessata l'emorragia, i margini si riuniscono con sutura per la quale sono talvolta necessarii 10 o 12 punti, e l'operazione è finita. L'unione così ottenuta riescirà in molti casi incompleta, ma anche così si forma una specie di ponte di integumento, che da Fricke si ereditato sarebbe risultato ampiamente sufficiente a contenere l'utero a suo posto. L'operazione fu prontamente adottata da altri, e Dieffenbach vi diede a sostegno il gran peso della sua riputazione. Ma nondimeno, « sebbene il processo avesse in apparenza » preso salda radice nella pratica chirurgica, e sebbene sia stato accuratamente eseguito da abili mani, il corso del tempo bastò a » moderare le esagerate aspettazioni che si nutrivano sul suo conto. » e vi successe un giudizio calmo che noi « dice il professor Kilian, » » dopo aver fatto l'operazione cinque volte, pronunciamo senza la » menoma esitazione. Può ritenersi come stabilito: 1.^o che l'operazione in alcuni casi, sebben rari, è di vantaggio permanente; 2.^o che » in non pochi altri casi è parimenti di utilità temporaria, bastando » a contenere l'utero per qualche settimana, possibilmente anche per » qualche mese, ma permettendo l'eventuale ritorno della procidenza » a misura che l'orificio della vagina si dilata gradualmente; e 3.^o che » assai di spesso o fallisce completamente, o la sua riuscita è estremamente imperfetta. Di fronte a questi mali, il processo di Fricke

(*) *Die Geschlechtskrankheiten des Weibes*. Göttingen, 1834, vol. II, p. 51.

(**) *Annalen*, ecc., vol. II, 1853, p. 143; d'onde un mio ragguaglio dell'operazione è estratto nell'*Operationslehre* di Kilian 2.^a edizione, vol. III, 1851, p. 95; è nell'edizione di *Chelius* di South, vol. II, p. 114. La data della comparsa del lavoro di South fu il 1847; quella dell'opera di Brown (nel *Diseases of Women*), in cui per altri propositi è citato il *Chelius* di South, è il 1854; ma per un caso singolare, tutti i dettagli, che contiene il *Chelius* di South, in riguardo alle operazioni per prollasso d'utero, sembrano essere sfuggite alla cognizione di Brown. Vedi le sue lettere nel *Medical Times*, aprile 11, 1857.

» fu incapace a sostenersi in pratica, e i varii tentativi fatti per » migliorarlo o modificarlo riuscirono interamente sfortunati » (*).

Pressochè simultaneamente all'abbandono di quest'operazione, sul continente, una modificazione di essa fu introdotta in questo paese da Baker Brown, in cui l'integumento generale si lascia intatto, togliendo solo la membrana mucosa dalla superficie interna delle labbra da un punto a livello dell'uretra e dalla faccia posteriore della vagina; le parti essendo allora portate a contatto per mezzo di suture, l'orificio della vagina viene così contratto e il perineo allungato. Questo processo è certamente molto meno grave di quello adottato da Fricke, ma allo stesso tempo deve contrarre l'orificio della vulva molto meno dell'altra operazione, con cui viene così largamente tolto l'integumento. Quando perciò troviamo che l'operazione di Fricke, anche come venne modificata da Malzaigne (che portava le sue incisioni più profonde ed esportava un largo tratto di mucosa dall'orificio della vagina affine di comprendere nella sutura una maggior superficie), fu abbandonata perchè non seguita da permanente risultato, esitiamo a pronunciare un'opinione sull'asserito risultato favorevole di pressochè tutti i cinquanta casi, in cui fu eseguita l'operazione modificata da un sol chirurgo (**).

Per quanto frequente sia la procidenza dell'utero nei poveri, credo siano ben pochi i casi in cui la condizione è ribelle al riposo ed a ben ideati sostegni meccanici. È sorprendente il vedere di quanto si riduce il volume dell'utero procidente in seguito alla sua riposizione entro la vagina dopo un mese di riposo a letto; come guarisce completamente una vecchia ulcerazione del suo orificio; e quanto effettivamente l'organo è poscia trattenuto entro la pelvi da un bendaggio. Se si facesse un'operazione nella maggioranza di questi casi, si otterrebbe senza dubbio un identico risultato; il riposo a letto obbligato per un mese sarebbe seguito dalla stessa diminuzione di volume dell'utero, e l'allungato perineo corrisponderebbe almeno per un certo tempo allo stesso scopo del cuscinetto perineale, di un bendaggio ordinario, mentre gradatamente i legamenti nell'uno come nell'altro caso potrebbero riacquistare qualche grado di forza, e l'utero cesserebbe dal cader giù all'esterno. Se però si limita l'operazione a casi di speciale gravità (ed io credo debba limitarsi a codesti), dubito che dessa possa avere una maggiore raccomandazione di quella espressa nell'assioma ippoeratico, il quale dice *« un rimedio incerto esser migliore che nessuno. »* Nel solo mio caso in cui, il perineo essendo intatto, l'operazione pareva richiesta, fallì completa-

(*) Kilian, *op. cit.* p. 99.

(**) *Medical Times*, novembre 21, 1857. Il valore della dichiarazione è corroborato dal fatto che dei 41 casi riportati nella 2.^a edizione dell'opera di Brown (*Diseases of Women*, pag. 101, 111), mentre una sola cura ammettesi come mancata ed una è data come successo incompleto, ve ne sono sole tre delle rimanenti, di cui si dà conto dopo la dimissione delle pazienti dall'Ospitale. La permanenza della cura è la prova del valore di un'operazione; a stabilire il qual fatto, questi 36 casi sono assolutamente privi di valore.

mente a contenere l'utero, ed entro due mesi dalla uscita della paziente dall'ospedale la procidenza era tanta come prima. La paziente era una giovine donna non maritata di 26 anni, la cui spina era molto curvata lateralmente, e a cui per tal motivo non si poteva applicare alcun bendaggio. Paget eseguì l'operazione di Fricke; l'unione delle parti fu completa, e l'allungato perinco fu maggiore di quanto sarebbe stato richiesto, se la donna fosse stata maritata. La cicatrice cedette alla pressione dal di sopra; per qualche tempo l'utero distese il nuovo perinco, poi a poco a poco dilatò l'orificio della vulva, finchè alla fine protruse all'esterno come prima.

Un giudizio non più favorevole può esser pronunciato per una operazione consimile, quantunque affatto differente, che si praticò talora in aggiunta a quella per restringere la vulva o indipendentemente da essa, e che consiste nel tentativo di far contrarre il canal vaginale o coll'esportazione di strisce della sua mucosa, o coll'uso del cauterio attuale o di caustici forti, in modo da produrre cicatrici nelle sue pareti e conseguente restringimento del suo lume, o col praticare suture nel suo tessuto in una maniera particolare, coll'idea di ottenere lo stesso risultato. Il primo di questi processi, suggeriti da un chirurgo francese, signor Gérardin, ma praticato 13 anni dopo da Marshall Hall e modificato dal professor Dieffenbach di Berlino, fu praticato più spesso delle altre operazioni e con marcato effetto temporario. Il cauterio attuale usato da Laugier, e poscia dal dottor Kennedy di Dublino, e l'uso dell'acido nitrico forte, a cui ricorso Beniamino Phillips, riuscirono meno efficaci; mentre l'operazione di Bellini col mezzo di suture è difficile, complicata, e fu perciò abbandonata. L'obiezione, e per me la fatale obiezione a questi come agli altri processi chirurgici per la cura del prollasso dell'utero, proviene non semplicemente dall'imperfetta natura della cura che essi producono e dai nuovi incomodi ed inconvenienti che sostituiscono a quelli provati prima, ma ancor più dal manco di stabilità dei loro risultati, anche quando il loro esito è il più fortunato: e quest'obiezione mi sembra tanto più seria, giacchè la non riuscita in questo riguardo sembra essere la regola, e il successo la rara eccezione (*). Io credo pure che, se consideriamo le circostanze in

(*) Il professor Seanzoni in una nota al vol. 1, pag. 205 della quarta edizione dell'opera di Kiwisch (*Diseases of Women*) 11 e a pag. 124 del suo *Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*, 8.^a Vienna, 1851, fu alcune osservazioni su questo soggetto basate sulla sua esperienza a Praga, che ampiamente comprovano le dichiarazioni del testo, e corroborano il giudizio da me riportato del professor Kilian. Egli dice che di cinque casi, in cui l'orificio della vulva fu contratto per l'operazione, furono tutti senza effetto, o mancando fin dapprimo a trattenere l'utero, o il perinco di nuova formazione stirandosi a gradi finchè l'orificio della vulva si allargò da lasciar protrudere l'utero tanto, come faceva prima di intraprendere l'operazione. Il risultato di 13 casi, in cui si cercò di produrre la contrazione della vagina, fu ancora meno soddisfacente, giacchè in ognuno l'utero entro poche settimane protruse tanto come prima. E quasi superfluo l'aggiungere altro ad ulteriore condanna di un processo che cadde in disuso per la sua inutilità. Non posso però trattenermi dall'aggiungere l'opinione del dottor Gustavo Simon di Darmstadt, autorità non lieve in tutte le questioni di questo genere (*Monatschr. f. Geburtsh.* 1859, vol. XIII, pag. 284). Dopo aver rapor-

eni ha luogo il prollasso o dell'utero o del retto o della vescica, possiamo appena aspettarci che il risultato dell'operazione debba essere soltanto temporario, che il tessuto cicatriziale debba cedere alla pressione dall'alto; e che tutte le altre cause, non essendo tolte, lo spostamento degli organi debba in molti casi riprodursi.

Le operazioni a cui già si alluse sembravano meritare il rifiuto piuttosto a titolo della loro inefficacia a produrre una cura permanente dei mali, a curare i quali furono suggerite, che in causa delle grandi difficoltà o del gran pericolo nella loro esecuzione. L'ablazione di buona parte del collo dell'utero però, come è raccomandata da Huguier, merita condanna su titoli differenti e più seri. L'escisione della porzione vaginale dell'utero, che Huguier usa in alcuni casi di abbassamento d'utero, è, come già dissi, un'operazione per niente affatto priva di pericolo, e l'ulteriore esperienza non fa che confermare i chirurgi in tal modo di vedere, come un processo a cui non si deve aver ricorso con leggerezza (*). L'operazione speciale di Huguier, comunque adatta, com'egli crede, a casi di allungamento del collo dell'utero al di sopra della sua unione colla vagina, è di natura più formidabile, o consiste nell'esportare assieme all'estremità superiore della vagina, tutta la lunghezza del collo, e, se, occorrendolo, anche la parte inferiore del corpo dell'utero, esportandolo con un'incisione a sghembo dal di fuori al di dentro, e dopo aver staccata la vescica dalla porzione da escidersi (**). Questa descrizione della natura dell'operazione perde nulla del suo carattere formidabile quando si leggano i dettagli del modo di eseguirla, o si guardi alle tavole illustrative, o si considerino le cautele necessarie date da Huguier quanto ai mezzi con cui si può meglio evitare di aprire il sacco peritoneale all'indietro e la vescica al davanti, mentre l'emorragia, sempre profusa, di rado in alcuni casi non mette a pericolo la vita.

Di più, le vere condizioni in cui il bisogno di soccorso è più urgente sono quelle che, secondo Huguier, vietano l'uso dell'operazione, in quanto che, come egli dice, un'ampia pelvi ed una grande apertura della vulva, maggiore o minore lacerazione del perineo e considerevole rilasciamento delle parti molli del fondo pelvico, la con-

tato un caso infelice che operò egli stesso, aggiunge di avere spesso veduto fare da altri chirurgi tale operazione, e crede che una cura permanente del prollasso si ottenga ben di rado. « Questi meschini risultati di epiorrafia, » dice egli « operazione » che per di più non si accompagna da pericolo, condusse a immaginare altri mezzi » per la cura del prollasso. Infatti di recente furono inventati pessarii così ben architetti (quelli di Rosen e Scanzoni, di Zwanck ed Eulenborg), che ben di rado può » accadere un caso in cui sia indicata la più incerta e più sconsiderata operazione. In » nessuno, infatti, dei piuttosto numerosi casi di prollasso uterino che mi capitavano in » cura, dopo i risultati dell'operazione che ho riferito, trovai necessario di ricorrere » all'epiorrafia, perché sempre pessarii convenienti, generalmente quello di Zwanck, » mantenevano ridotto il prollasso tanto bene quanto avrebbe potuto farlo l'operazione » la meglio riescita. » Io posso aggiungere che negli ultimi tre anni del mio servizio all'Ospedale di San Bartolomeo, non trovai un sol caso di prollasso che un pessario di Zwanck non contenesse.

(*) Vedi alcuni casi recenti riportati da Depaul nella discussione sul lavoro di Huguier. *Bulletin de l'Académie*, vol. XXIV, pag. 682.

(**) *Op. cit.*, pag. 150.

troindicano assolutamente (*). Io vorrei domandare confidenzialmente quante sono le pazienti che soffrono seriamente di sintomi di prolasso uterino, in cui qualcuna o più di queste condizioni non siano presenti, e in quali pazienti, in fuori di quelle le cui sofferenze sono le più gravi, saremmo noi giustificati del porre la loro vita a rischio per l'esecuzione di un'operazione che riposa su una falsa ipotesi, che non è provato riescisse permanente ne' suoi risultati in molti dei casi in cui la si eseguì, e che può essere appena mediocrementemente pericolosa solo nelle mani di coloro che possiedono la destrezza eccezionale di Huguier? (**).

Gli annali di medicina contengono la storia di alcuni pochi casi straordinarii in cui l'utero, essendo stato a lungo procidente, e affatto irreducibile, e venendo preso da infiammazione che terminò in gangrena, fu esportato senza cattivo risultato col mezzo della legatura o del coltello. Non ho esperienza personale di tali casi, sebbene una volta mi fosse mandata all'Ospitale San Bartolomeo una paziente perchè le estirpassi l'utero procidente. Però la procidenza non era irreducibile, l'utero non era in preda ad infiammazione pericolosa, e la donna aveva dato alla luce un bambino l'anno prima. Non fa bisogno dica che non si eseguì l'operazione, ma l'utero riposto entro la pelvi vi fu mantenuto col mezzo di un bendaggio di Ashburner, e la paziente rimandata alla campagna in uno stato di benessere relativo.

Però non disconosco che possano accadere casi, i quali giustifichino tal procedere, e vi richiamerò inoltre che l'utero, a lungo spostato, perde molto di quella sensibilità che lo caratterizza quando è nella sua posizione normale. L'utero arrovesciato fu più volte esportato con sicurezza colla legatura, ed uno dei pochi casi di felice estirpazione d'utero canceroso è quello ricordato dal giovane Langenbeck, in cui suo padre eseguì l'operazione su di un utero che da anni era procidente oltre le parti esterne (**).

Si devono evitare due gravi pericoli in tal processo: l'uno di aprire il peritoneo, l'altro di ferire la vescica; il qual viscere in quasi tutti i casi di considerevole prolungato prolasso discende assai in basso sul davanti del tumore, e senza molta attenzione è assai facile venga offeso.

(*) *Op. cit.*, pag. 166.

(**) La critica di Depaul nella discussione all'Accademia di medicina, quelle già riferite da Scazzoni nel vol. IV del suo *Beitrag* su questa, e l'analoga operazione del professore Braun di Vienna e nella terza edizione del suo *Lehrbuch* pubblicato nel 1863, pag. 143-147 possono consultarsi da chiunque desidera di studiare ulteriormente questo soggetto.

(***) *De totius uteri extirpatione*, auctore M. Langenbeck, 4.^a Gottingae. 1842.

LEZIONE XI

SPOSTAMENTI D'UTERO.

Versioni e flessioni dell'utero.

Retroversione dell'utero; la cognizione della sua esistenza nello stato non gestante comparativamente recente. — Sue cause e modo di sua formazione. — Casi illustrativi.

Antiversione confusa spesso coll'antiflessione.

Flessioni dell'utero — probabilmente più frequenti degli spostamenti di tutto l'organo, hanno sempre luogo in un punto, e per qual ragione; frequenza comparativa dell'ante e della retroflessione.

Nessuna disposizione alla guarigione spontanea; esistenza di adesioni e d'atrofia della parete uterina. — Influenza delle flessioni sull'utero sotto altri aspetti, ipertrofia dell'utero; costrizione dell'orificio interno, ecc.

Obliquità da malconformazione congenita.

Parlando del prolasso dell'utero vi spiegai come accade che la discesa dell'utero è sempre compagna di una disposizione alla retroversione dell'organo; o in altre parole al cadere indietro del suo fondo nella cavità sacrale. Tali gradi minori di retroversione però sono relativamente di secondaria importanza, e qualunque sieno i sintomi prodotti vanno interamente perduti nelle conseguenze generali dello spostamento dell'utero all'imbasso.

Però, specialmente in questi ultimi anni, l'attenzione dei pratici fu occupata dai casi in cui, sebbene l'utero sia alquanto più basso del naturale, pure i sintomi delle pazienti, non devonsi nè solamente, nè principalmente a questo spostamento, ma piuttosto al cadere del fondo dell'utero all'imbasso e all'indietro nel cavo del sacro con corrispondente elevazione della sua cervice, la quale è rivolta all'insù e all'avanti contro la sinfisi del pube. Dobbiamo al dottor Guglielmo Hunter, se non la prima menzione, almeno la prima chiara descrizione di questa retroversione dell'utero, come un accidente facile ad ac-

cadere nei primi mesi di gravidanza; e da quel tempo nessun trattato d'estetricia mancò di ricordarne qualche caso e delinearne i sintomi con colori perfino più oscuri di quelle che sia sempre necessario.

Ma sebbene possa sembrar naturale il prevenire che questo accidente non è sempre limitato allo stato di gravidanza, ma può talora accadere in qualunque altra circostanza che renda l'utero più pesante del naturale e i suoi sostegni più rilassati; pure vi volle molto tempo prima che questo fosse riconosciuto come un fatto generale: e i pochi casi di spostamento di tempo in tempo ricordati dagli autori del continente si riguardavano come rare eccezioni. I minuti dettagli di quattro casi di tale errore di luogo dell'utero vacuo per opera del professor Oslander di Göttingen nel 1808, allora all'apogeo della sua fama, valsero molto a dirigere l'attenzione al soggetto. Fu però soltanto alcuni anni dopo, che la pubblicazione dei lavori del professore Schweinghaüser (*) di Strasburgo e del professore Schmith di Vienna (**) stabilirono pienamente la frequenza del caso, e diedero una descrizione dei sintomi così minutamente accurata da lasciare ben poco ad aggiungere agli osservatori postumi.

Le ricerche di questi scrittori tedeschi attirarono ben poca attenzione fuori del loro paese; e la retroversione dell'utero, come anche la condizione opposta di antiversione, venivano riguardati dagli anteriori medici tante in Francia (***) che in Inghilterra come mali estremamente rari nella condizione non gestante dell'utero. Nel 1848 però fu pubblicata una Memoria nel *Giornale delle scienze mediche* di Dublino dal professore Simpson di Edimburgo sulla retroversione ed altri spostamenti dell'utero vacuo, accidente a cui aveva già invitata l'attenzione cinque anni prima in una seduta della Società medico-chirurgica di Edimburgo; e da quell'epoca si corse pericolo di esagerare l'importanza e la frequenza di queste condizioni piuttosto che di apprezzarle troppo poco (****).

Uno dei risultati della grande attenzione diretta alla situazione dell'utero nella cavità pelvica, fu di dimostrare che l'organo è soggetto in questo riguardo a molte varietà; che cioè non solo può il suo fondo cadere all'indietro nel cavo del sacro e sul davanti contro la sinfisi del pube, ma che può anche inclinarsi verso i lati; e di più che

(*) Schweinghaüser, *Aufsätze über einige Gegenstände der Geburtshülfe*, 8.^o Nürnberg, 1817, cap. XXVIII, pag. 251; e *Das Gebären nach der beobachteten Natur*, Strasburg, 1825, 8.^o, pag. 234.

(**) *Bemerkungen über Zurückbeugung der Gebärmutter bei Nichtschwangeren*, 8.^o Wien, 1820.

(***) Da questa dichiarazione però è giusto l'eccettuare solo il nome di Velpeau, che fu condotto dalla propria osservazione lunga pezza prima ad apprezzare la frequenza e l'importanza delle flessioni dell'utero, e immaginare mezzi per la loro cura. Vedi pagina 14 di un piccolo suo libro, *Maladies de l'utérus* 8.^o, Parigi, 1854.

(****) Opinioni diverse da quelle nel dottor Simpson furono per altro espresse da parecchi scrittori, come, per esempio, dai dottori Bennet Oldham e Matteo Duncan di Edimburgo: opinioni che, sebbene diverse l'una dall'altra in qualche riguardo, pure tutte tendono a far poco caso dell'importanza di pure flessioni o versioni dell'utero, e a consigliare l'uso di mezzi meccanici per la loro cura.

il suo corpo può piegarsi sulla cervice costituendo una nuova classe di spostamenti, detti flessioni. Sembra che vi sia pur ragione di credere che le differenti varietà di flessioni dell'utero, come la *retroflessione* e l'*antiflessione*, sono più frequenti che le corrispondenti alterazioni di posizione di tutto l'organo, note col nome di *retroversioni* e *antiversioni*.

Minori difficoltà si presentano per capire il modo di formazione della retroversione che non quello degli altri sunnominati spostamenti d'utero. Si è già visto che la tendenza dell'utero, quando è ingrossato, non è solo di affondare al disotto della sua posizione naturale nella cavità delle pelvi, ma di cadere allo stesso tempo col suo fondo all'indietro verso il cavo del sacro, in conseguenza dei legamenti utero-sacrali che lo tengono più strettamente unito alla parete posteriore della pelvi di quello che i legamenti utero-vescicali alla parete pelvica anteriore. Dippiù l'ingrossamento dell'utero, sia per presenza di tumor fibroso per semplice congestione e conseguente ipertrofia dell'organo o per sua imperfetta involuzione dopo un parto od un aborto, è quasi sempre più sviluppato nella sua parete posteriore che nell'anteriore, e l'utero in conseguenza naturalmente cade verso quel lato che è il più pesante. L'ordinaria distensione della vescica inoltre tende necessariamente a gettar l'utero nella metà posteriore della pelvi; e se i legamenti utero-vescicali sono appena un po' cedevoli, come bisogna che lo siano nei casi in cui esiste qualche grado di prollasso, la stessa causa deve pure disporre il fondo dell'organo a cadere all'indietro; mentre l'inclinazione alla mala posizione sarà accresciuta dallo stato di pienezza degli intestini, quale esiste abitualmente in molti individui.

Quando coincidono le cause favorevoli che abbiamo appunto ora esposte; la retroversione dell'utero può aver luogo o gradualmente, o come risultato di qualche subitaneo accidente che accresca violentemente lo spostamento uterino, e spinga il fondo dell'utero all'ingiù e all'indietro nel cavo del sacro. È così che subitaneamente nella maggioranza dei casi ha luogo la retroversione dell'utero gestante; accidenti la cui relativa rarità deve, io credo, essere spiegata principalmente dalla circostanza che non solo il suo fisiologico ampliamento si estende a tutto l'organo, ma anche che il volume e la forza dei suoi legamenti aumentano coll'aumentare del peso che devono sopportare. Ma, mentre in causa di questa saggia provvidenza l'utero gravido s'innalza gradualmente e sicuramente fuori della cavità pelvica, l'organo ipertrofico o la cui involuzione è imperfetta, o nella cui sostanza si sono sviluppati tumori, essendo destituito di tali aumentati appoggi, affonda più in basso del naturale nella pelvi.

Lo sforzo repentino ed il conseguente violento spostamento che troviamo costituire generalmente la storia della retroversione dell'utero ingrossato e gestante, sono talora egualmente marcati nel caso dell'utero non gravido, e dimostrano che il modo di succedere dell'accidente è identico in ambi i casi. Così una donna di 30 anni,

il cui secondo ed ultimo travaglio aveva avuto luogo 16 mesi prima, mentre stava allungandosi sopra il focolare onde levare una pesante pentola, fu subitamente assalita da dolor violento riferito al dorso e all'ombelico, e fu per qualche tempo incapace di urinare, e sebbene poscia urinasse, pure lo faceva con difficoltà e dolore, e la defecazione era pure dolorosa. All'esplorazione dalla vagina, il dito veniva a contatto con un solido, ma leggermente elastico tumor globulare, che si sentiva di circa il volume di una mezza arancia, ed occupava la metà posteriore della pelvi, avendo spinto davanti a sé la parete vaginale posteriore, mentre poteva rintracciarsi il retto passando dietro di esso. Questo tumore non era situato esattamente nella linea mediana, ma occupava piuttosto maggiormente la destra che la sinistra metà della pelvi, mentre la bocca dell'utero volgeva assai in alto immediatamente dietro la sinfisi del pube, ma un po' a sinistra della linea mediana. Faccio osservare in passando che a questa leggiera obliquità dell'utero retroverso, si deve se l'uretra e il collo della vescica sfuggono non di rado a quella pressione che diversamente sarebbe inevitabile, accadendo così che la difficoltà nel mangiare anche in molti casi di retroversione durante la gravidanza è per nulla affatto un sintomo così prominente come potrebbero condurci a credere le asserzioni dei più sistematici trattati delle malattie delle donne. Vi era inoltre nella regione iliaca sinistra un tumore duro, leggermente, mobile, la cui superficie era un po' irregolare, come se nodosa, e la compressione su di esso si comunicava al tumore nella pelvi. Si sapeva che le intestina della paziente erano da tempo costipate, quindi si presunse che mentre lo sforzo subitaneo aveva retroverso l'utero, l'accumulazione delle feci nella curva sigmoidea del colon e nella parte superiore del retto, avessero impedito la sua spontanea riduzione. Si usarono clisteri e purganti, e in sette giorni l'utero, che non era molto più grosso del naturale, aveva ripreso completamente la sua propria posizione, mentre un senso vago di poco gonfiamento nella parte posteriore della pelvi fu accertato esser dipendente puramente dall'esistenza di una grande ipertrofia delle pareti del retto; condizione che non è per nulla rara in casi di vecchia ed abituale stipsi.

Non così subitaneamente però accade d'ordinario la retroversione dell'utero vacuo. Nella maggioranza dei casi, l'accidente può essere originato da parto, mestruazione od aborto, da qualche condizione in breve che riunisce un ingrossamento notevole dell'utero con un affievolimento dei suoi sostegni. Una paziente fu ricevuta all'ospedale di San Bartolomeo per malattia che si credeva essere un tumore nell'utero; soffriva essa di frequenti emorragie, di dolore al sacro e all'ipogastrio e di penosa e difficile defecazione. Tutti questi sintomi datavano da un aborto al terzo mese, avvenuto sei settimane prima. L'utero era completamente retroverso, la bocca diretta all'avanti e un po' all'insù, mentre un tumore elastico, globulare e leggermente sensibile occupava il cavo del sacro. La sonda uterina entrava per

14 centimetri colla sua concavità all'indietro e col girare lo strumento, il tumore disparve completamente. Il riposo fu seguito dalla cessazione della emorragia, l'uso della doccia fredda produsse qualche diminuzione nel volume dell'utero, sebbene fosse ancora retroverso come prima, quando lo sviluppo del vaiuolo nel comparto obbligò al rimando della paziente dall'ospedale in meno di tre settimane dalla sua ammissione.

Duo anni più tardi, la paziente venne un'altra volta sotto la mia osservazione. Era stata nell'intervallo gravida parecchie volte, ma aveva in ogni occasione abortito presto, mentre quando non era gestante soffriva molto di emorragia. L'utero non era più così ingrossato come prima, sebbene di volume maggiore del naturale, ma il suo spostamento era egualmente considerevole; permettevale però ancora una momentanea riduzione col mezzo della sonda, ma quasi subito ricadeva indietro nella sua posizione di prima. Se questa donna non fosse stata esposta ai rischi di diventar gravida, non vi può essere dubbio che l'involuzione del suo utero avrebbe avuto luogo molto più completamente; sebbene anche allora lo spostamento avrebbe quasi di certo continuato senza sollievo, e il caso avrebbe potuto allora scoprire un utero piccolo ma sano, completamente retroverso, con nessun altro indizio della causa di questo accidente, se non quello che si rileva dalla storia; un aborto cioè susseguito da emorragia continuata a lungo qualche anno prima.

Lo stato dell'utero durante la mestruazione è simile alla sua condizione dopo l'aborto e favorisce allo stesso modo, sebbene certo in grado minore, la discesa del viscere o la sua retroversione, mentre in ogni forma di spostamento dell'utero la tendenza è più verso il peggioramento che verso il miglioramento. L'accumularsi dell'urina nella vescica, la distensione del retto per feci tendono ad aggravare lo spostamento, mentre i legamenti stirati e la vagina rilasciata non possono spontaneamente recuperare la loro tonicità e favorire così la riduzione dell'utero. Col ritorno di ogni periodo mestruo inoltre l'utero diventa più pesante, e si adagia più e più indietro nella pelvi, finchè la sua retroversione diventa completa. Nè bisogna dimenticare che in alcuni almeno dei casi di questo o di analogo spostamento, qualunque miglioramento costante è effettivamente impedito dal formarsi di adesioni tra il fondo dell'utero e la superficie delle intestina adiacenti. Tali accessi di peritonite circoscritta, da produrro queste conseguenze, furono notati prima da madama Boivin (*) come causa di aborto, ed essa sembra infatti averne esagerato la loro frequenza e la loro importanza. Sono però di grave momento, e non minore per la circostanza che non sono sempre accompagnati da sintomi così gravi da attirare l'attenzione delle pazienti. Il loro accadere e le conseguenze che lasciano dietro di sè, rendono conto

(*) *Recherches sur une des causes les plus frequentes et la moins connue de l'Avortement*, 8.^a Parigi, 1822.

sufficiente dell'immobilità dell'utero retroverso in alcuni casi, della sua difficile riduzione in altri, e della immediata ripresa della sua cattiva posizione.

Quantunque abbia parlato prima della retroversione dell'utero, pure lo stato opposto di antiversione dell'organo vacuo attirò prima l'attenzione e fu descritto da Levret (*) con accuratezza caratteristica. In questa condizione, il fondo è diretto in avanti contro la sinfisi del pube e il suo orificio all'indietro nel cavo del sacro. Come avvenga questo accidente, ed anche con molta frequenza, non è così facile l'intendere. La stessa forma della pelvi, come osservò il professore Kiwisch (**), mentre è favorevole alla produzione della retroversione, si oppone a qualunque spostamento, qual'è l'antiversione dell'utero, mentre la raccolta dell'urina nella vescica e delle feci nel retto, la prima avendo luogo dal basso in alto, l'altra dall'insù all'ingiù, tendono parimenti a prevenirla od a ridurla. Inoltre non esiste sul davanti dell'utero la borsa peritoneale, quale si trova dietro di esso, che lasci spazio per la discesa del fondo dell'utero, e perchè possa restare in questa posizione non-naturale. Ad onta però di queste condizioni, che sembrerebbero opporsi all'accadere dell'antiversione dell'utero, pure la si trova in molti casi, sebbene io credo meno di spesso dello stato opposto di retroversione se non è associata a previo ingrossamento dell'organo. Così in 14 su 20 casi di antiversione ed antiflessione dell'utero v'era sensibile ingrossamento del viscere, mentre le storie delle pazienti autorizzano inoltre a credere che lo spostamento fosse in questi casi secondario di altre vecchie malattie. Tale io credo fosse il caso di trasposizione d'utero in una paziente che vidi 4 anni dopo un parto susseguito da flegmasia dolens, e da sintomi di infiammazione uterina così grave da averla obbligata a letto per tre mesi. Tale possibilmente fu l'istoria vera d'una donna che aveva vissuto tre anni in matrimonio sterile e che durante la mestruazione, 10 mesi prima che la vedessi, era stata subitamente presa da forti dolori nel ventre, seguiti da cessazione temporaria dei mestrui, da grave dolore all'ipogastrio, difficoltà e dolore nel mingere e sintomi simili a quelli di grave vaginite, mentre ebbe sempre dappoi accessi di violento dolore uterino a parossismi. Il suo utero era duro ed ingrossato, il fondo appoggiava alla sinfisi, e la bocca era nel cavo del sacro. Talora si trova anche un grado maggiore di obliquità dell'utero (69),

(*) *Sur un déplacement particulier de la matrice, dont les auteurs n'ont point parlé*, in Roux, *Journal de médecine*, etc., settembre 1773, vol. XL, pag. 269.

(**) *Op. cit.*, vol. I, pag. 235.

(69) A questo obliquità vien dato anche il nome di *lateroversioni*, avendosi la *destra* e la *sinistra*: le cause di tali spostamenti risiedono od in tumori fibrosi della sostanza uterina situati sui lati del viscere, od in tumori risiedenti nella cavità pelvica ed appartenenti alle ovaie, al retto, al tessuto cellulare intraviscerale od in retrazioni dei legamenti larghi ed aderenze plastiche, quali esiti di processi flogistici e suppurativi in specie puerperali.

DE-CRISTOFORIS.

sebbene non sia affatto una vera antiversione, che sembra essere quasi il risultato meccanico del coito. Quando con questa obliquità esagerata dell'utero, esiste anche qualche congestione dell'organo, come non è raro particolarmente in donne sterili, lo spostamento è allora spesso associato a sintomi di disordine uterino, forse dovuto meno alla deviazione che allo stato d'ingorgo dei vasi sanguigni, cui si accompagna.

Vi sono pure casi, sebbene più rari di quelli succitati, in cui non vi sono evidenze di malattia esistita previamente, ma in cui l'antiversione dell'utero fu apparentemente un accidente primario.

Accadde così nel memorabile caso che prima attirò l'attenzione di Levret su questo spostamento. In quel caso il fondo dell'utero antiverso fu preso per un calcolo in vescica, e la paziente morì degli effetti della litotomia eseguita dietro tale erronea idea. In questo caso è detto espressamente, che un leggiero ingorgo della parete anteriore dell'utero, ed una brevità alquanto rara dei legamenti larghi, furono le cause apprezzabili della sua cattiva posizione. Una donna di 30 anni, madre a 4 figli, l'ultimo dei quali nato tre anni prima ch'essa venisse sotto la mia osservazione, aveva dappoi sempre provato qualche dolore addominale, sebbene poco considerevole. Però pochi giorni prima che io la vedessi, mentre stava girando un cilindro, sentì un dolore subitaneo sopra il pube, che si estendeva a tutta la regione pubica: esplorando si trovò l'utero assai antiverso, colla bocca a contatto della parete del sacro e il fondo appoggiante contro la faccia interna della sinfisi. Sembra difficile in questo caso il non connettere allo spostamento dell'utero i sintomi comparsi subitanamente dietro lo sforzo. Ancor più difficile mi sembra il poter dare ragione della mala posizione dell'organo in una signora non maritata, di 30 anni, scarsamente mestrata d'abitudine; da otto mesi prima che venisse in mia cura aveva sofferto di emorroidi accompagnate da perdite di sangue profuso. Essa pure aveva provato da 4 mesi continui dolori all'ipogastrico con minzione frequente e penosa. Il suo utero giaceva pressochè orizzontalmente attraverso la pelvi, il suo orificio rivolto all'indietro ed a sinistra, e ciò a tal grado da rendere quasi impossibile il toccare il piccolo orificio circolare, mentre il fondo era situato nella stessa maniera avanti ed a destra.

Quantunque sia la spiegazione di simili casi, ed io mi confesso incapace a sciogliere soddisfattamente tutto le difficoltà che presentano, non si può dubitare che nel maggior numero dei casi, di asserita versione dell'utero, sia all'innanzi, sia all'indietro, l'organo è realmente flesso, piegato su sè stesso; ed inoltre che non di rado coesistono le due condizioni, l'utero intero venendo spinto più avanti e più indietro del naturale, mentre per di più il corpo dell'organo è piegato sulla sua cervice. Quanto ai sintomi che provocano questa varietà di spostamento, offrono poca differenza; ma merita ricordo la distinzione giacchè dà luce sul modo con cui si produce l'accidente in molti casi.

Il punto della *flessione dell'utero*, sia piegato all'innanzi, o all'indietro, sembra essere sempre lo stesso — cioè il punto di congiunzione tra il corpo e il collo dell'utero, o in altre parole il punto corrispondente all'orificio interno dell'utero; cosicchè il viscere prende la forma che somiglia assai a quella di una storta di chimica. Si danno varie ragioni della costanza con cui l'organo si piega in questo punto; e varie teorie, come la supposta atrofia di una parte delle pareti uterine e l'ingorgo del suo fondo, mentre la cervice rimane inalterata, ed altre ipotesi meno possibili furono proposte a spiegare il fatto. Ma queste condizioni non vi sono sempre anche nei casi della più marcata flessione dell'utero, e devonsi perciò rigettare come inadeguate a dar ragione del suo verificarsi allo stesso punto in tutti i casi. La sola spiegazione che conosco, contro cui non può muoversi una tale obiezione, è quella proposta dal professor Virchow di Berlino (*) e che è basata sui rapporti anatomici dell'organo. Egli indica il fatto che mentre il collo dell'utero è strettamente attaccato alla parte bassa e posteriore della vescica, il suo corpo è perfettamente mobile; il punto in cui discende il peritoneo nella borsa utero-vescicale corrispondendo esattamente alla situazione dell'orificio interno dell'utero, e conseguentemente al punto dove la cervice fissa passa nel mobile corpo del viscere. La superficie posteriore della cervice dell'utero, sebbene alquanto rafforzata dal tessuto cellulare che la circonda, non è così fortemente legata come la sua faccia anteriore; mentre il sacco del peritoneo discende molto più in basso dietro ad esso, ed è perfino ad un livello inferiore della sommità del cul di sacco della vagina. Ora se una causa qualunque impedisce la pronta mobilità del corpo dell'utero, mentre gli attacchi della sua cervice mantengono la loro solidità e resistenza, ne deve di necessità risultare il piegarsi di una parte sull'altra; flessione che può accadere o sul davanti o sul di dietro, e costituire così o l'antiflessione o la retroflessione. Riguardo alla produzione dell'accidente, è forse indifferente che la causa agisca gradatamente e continuamente, o subito e con gran forza; uno sforzo violento può perciò produrlo, e appunto altrettanto lo può la lenta azione di aderenze che rattengono fisso il fondo dell'utero sia alla vescica, che al retto, e che obblighino l'organo col tempo a cedere nel suo punto più debole, cioè in quello che corrisponde al punto di congiunzione del corpo col collo dell'utero.

Questa spiegazione darà egualmente ragione dell'origine dell'antiflessione e della retroflessione. Dei due spostamenti, il primo viene ritenuto da Rokitsky e da altri anatomi-patologi come il più frequente; e le osservazioni in vita confermano in massima l'esattezza di tale proposizione. Nelle mie annotazioni infatti, trovo i particolari di 43 casi di retroversione e retroflessione, e solo 20 di antiverzione

(*) *Ueber die Krümmungen der Gebärmutter*; nel *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe*, vol. IV, 1851, pag. 80.

o antiflessione; ma questi risultati sono assai contrarii a quelli di alcuni più fedeli osservatori, e credo si debbano alla circostanza che nei primi tempi delle mie osservazioni spesso non riusciva a fissare i gradi minori dell'antiflessione. Valeix nelle sue stimate lezioni in proposito (*) dà 35 deviazioni dell'utero in avanti e 33 all'indietro; il dottor Mayer (**) di Berlino trovò 63 casi delle prime e 64 delle ultime; e Bernutz, Goupil, Gosselin trovarono un grado maggiore o minore di flessione o versione dell'utero all'avanti in 106 su 163 donne che non avevano mai figliato (***). Quest'ultimo ragguaglio però rappresenta la frequenza di quella curvatura fisiologica dell'utero, che, mentre esiste nella fanciulla e nella donna non maritata, cessa dopo il parto od è sostituita perfino da una disposizione alla versione od alla flessione del fondo all'indietro. Una condizione che si trova in due su tre donne non può essere altro che naturale; e mentre posso averla spesso trascurata, credo di non sbagliare riguardandola come d'ordinario di poca importanza.

Le più vecchie opinioni su questo soggetto infatti sono conformi alle conclusioni a cui arrivai, e credo sieno esatte per quanto riguarda un tal grado di spostamento, che si manifesta con sintomi durante la vita, mentre tutto il soggetto delle versioni e flessioni uterine fu ultimamente reso molto oscuro dal confondere insieme i gradi naturale e morboso di questi spostamenti. In vero non vi può essere dubbio, che i gradi leggieri di antiflessione d'utero sono spesso trascurati in vita, giacchè non solo il dito giungo meno facilmente a contatto colle parti poste nella metà anteriore che con quelle situate nella metà posteriore della pelvi, ma inoltre, a meno che la vescia sia affatto vuota, il tumore dell'utero antiflesso è appena percettibile. Una leggier flessione dell'utero all'avanti è però una condizione normale come è mostrato assai bene nella bella delincazione di una sezione dei visceri pelvici in Kohlrausch (****). Il canale uterino, egli dice, non è retto, ma leggermente curvo come un S italiana, e tutto l'organo ha nella sua posizione naturale una leggier flessione, essendo incurvato prima un po' all'indietro, poi piegato più

(*) *Des deviations uterines*, 8.^o, Parigi, 1852, pag. 27.

(**) Come è esposto dal dott. Rockwitz nel *Verhandl. der Gesellschaft f. Geburtstsch.*, vol. V, 1852, pag. 85.

(***) Vedi la nota 3.^a e 4.^a a pag. 465 del vol. II di Bernutz e Goupil, *Clinique Médicale sur les maladies des femmes*, 8.^o, Parigi, 1862.

(****) *Zur anatomie, etc. der Beckenorgane*, 4.^o Lipsia, 1854. In uno scritto letto davanti la Società medico-chirurgica e pubblicato poscia nel *Dublin Medical Journal*, agosto 1857, il dottor Bennett diede i risultati della sua propria osservazione sul vivo, che condussero alle stesse precise conclusioni a cui arrivò Kohlrausch. Boullard nelle osservazioni contenute nella sua tesi, che comparve nel 1853, credeva che un grado di antiflessione dell'utero molto maggiore di una dolce curva fosse realmente lo stato normale dell'utero; ma Depaul mostrò (*Gaz. des Hôpitaux*, N. 36, 1854) che tale vizio era dovuto alle circostanze in cui le osservazioni furono fatte, e che cause puramente cadaveriche hanno molto influenza a produrre grandi flessioni dell'organo, e specialmente le flessioni del fondo all'innanzi. Le asserzioni di Boullard però, sebbene esagerassero il grado della curva naturale, erano corrette quanto al fatto della sua esistenza in genere, e meritano la lode che si dà alla priorità di osservazione.

considerevolmente sul davanti. Questa curva però, non è più apparente dopo il parto, mentre inoltre qualunque causa che produca allargamento del viscere porta seco quelle influenze che tendono a favorire la retroversione o la retroflessione dell'utero.

La proposta spiegazione dell'invariabile occorrenza della flessione dell'utero allo stesso punto, suggerisce la ragione perchè il male non abbia tendenza, o ne abbia una scarsa alla guarigione spontanea, e spiega perchè l'utero spostato rimane tale per anni. Due condizioni inoltre tendono a dare allo spostamento un carattere permanente; l'una è la presenza di aderenze tenenti il fondo dell'utero in basso, o posteriormente attaccato al retto, o alla vescica sul davanti; l'altra è l'atrofizzarsi di quella parete dell'utero verso cui la flessione ebbe luogo, e che deve necessariamente rendere l'organo incapace a mantenere la sua posizione naturale, quand'anche fosse possibile riporvelo completamente. Di queste due condizioni, la prima, io credo è la più frequente, e perciò la più importante. Tali aderenze sono espressamente ricordate in molti dei casi in cui, all'esame dopo morte, si trovarono flessioni dell'utero: ed io posso dire della gran frequenza di coalito, di false membrane, o di altri segni di progressive infiammazioni perituterino o delle sue dipendenze, giacchè lo ritrovai in 22 casi su 66, in cui esaminai gli uteri di donne morte per tutt'altra malattia che l'uterina. Sembra esistere qualche incertezza quanto alla data dell'avvenimento dell'atrofia della parete uterina ed anche quanto al grado a cui arriva. Non ne trovai traccia in un caso dove l'utero era assai antiflesso, e dove l'esistenza di distinti sintomi uterini per molti anni rendevano probabile che la condizione fosse di lunga durata; ed è espressamente asserito dal dottor Rorekwitz (*) non essersi trovata nel caso di una donna il cui utero era stato completamente retroflesso da un anno per la presenza di un tumore ovarico. D'altra parte, Virchow descrive il deperimento graduale della sostanza muscolare al punto della flessione, fino al punto in cui nulla vi resta fuorchè una piccola quantità di tessuto cellulare flacido leggermente fibroso; e in un saggio assai utile sul soggetto il dottor Sommer (**) riferisce alcune sezioni *post mortem*, in cui quest'atrofia della parete uterina era assai ragguardevole.

L'effetto di tale scambio di materiali nella parete uterina è doppio. Da una parte indebolisce il tessuto in un punto e incapacita così l'organo a mantenere la propria posizione; dall'altra accorcia la parete verso cui esiste la flessione, e con ciò assicura ancor più la stabilità della mala posizione; ed ogni medico pratico di mali uterini, il quale abbia sentito l'utero piegato riprendere immediatamente la sua cattiva posizione al togliere della sonda con cui era appunto stata raddrizzata, deve credere che tale usura di una parete uterina debba trovarsi in un gran numero di casi.

(*) Loco cit., pag. 82.

(**) *Zur Lehre der Infractionen und Flexionen der Gebärmutter*, 8.^o Giessen, 1851.

Un effetto frequente, sebbene per nulla invariabile, di antica flessione d'utero, e da ricordarsi come quello che spiega alcuni dei sintomi a cui talvolta dà origine, è la contrazione dell'orificio interno dell'utero. Questa costrizione è ad ogni modo per Virchow non già un puro avvicinamento meccanico dei due lati del canale pel piegamento del viscere, ma è in molti casi dovuto ad un restringimento organico del condotto, prodotto dalla costante irritazione della membrana mucosa in questo punto, e dal suo conseguente inspessimento. Un'assoluta oblitterazione dell'orificio interno, però, che Virchow talvolta trovò in donne attempate, non è solo un caso assai raro, ma deveasi probabilmente in gran parte alla naturale tendenza dell'orificio interno a chiudersi nella vecchiaia, chiusura la quale dalla flessione dell'utero, sebbene possa esser stata aumentata, non fu però originata.

Una o due altre conseguenze della flessione dell'utero meritano ricordo, sebbene io credo che il grado in cui esistono ammette ampie variazioni. Il corpo ed il fondo dell'utero sono soggetti, come risultato della loro alterata posizione, a diventare sede di congestione, che può essere assai intensa (*), o coll'esistenza della quale è ragionevole di associare la disposizione alla menorrhagia, che è un fatto così prominente in molti casi di questa specie. Per di più una parte, che è di frequente sede di congestione tende ad aumentare: d'onde il corpo e il fondo dell'utero spostato diventano spesso ipertrofici, mentre la difficoltà dello scolo delle secrezioni, quando l'angolo della flessione è assai acuto serve ad accrescere le dimensioni della cavità uterina; effetto di cui ci rende edotti la sonda uterina in un gran numero di casi.

La condizione della cervice dell'utero è di rado naturale, ma v'è generalmente una profusa secrezione dal suo apparato glandulare, mentre i bordi della bocca dell'utero sono di solito rossi, e il loro epitelio di spesso abraso; condizione che dipende senza dubbio dallo stato generale d'irritazione della cervico. Al tatto i margini della bocca uterina raramente presentano una distinta deviazione dallo stato sano, mentre la bocca istessa (almeno nella retroflessione, sulla quale le mie osservazioni sono più numerose che sull'antiflessione) è spesso aperta tanta da lasciar passare l'estremità del dito. Il labbro anteriore inoltre, in casi di retroflessione, è in generale più breve del posteriore: alterazione dei rapporti naturali dovuti con probabilità, come avverte Sommer, da pure cause meccaniche ed allo stirarsi fuori di posto del labbro di quel lato che corrisponde alla convessità dell'utero flesso.

Nei casi di cui si parlò fin qui, lo spostamento uterino sembrerebbe una condizione acquisita, sebbene sopraggiunga a differenti epoche di vita o sotto l'influenza di cause che sono almeno talora

(*) Come nel disegno dell'utero antiflesso alla fig. 5 e 6 della tavola IX dell'atlante di Boivin e Duges.

oscuere. Però vi sono altri casi in cui l'obliquità dell'utero all'innanzi, all'indietro o sui lati è il risultato di una deformazione congenita, associata a marcata differenza nella lunghezza dell'utero e dei legamenti larghi dei due lati, o dipendente da uno sviluppo non eguale delle due metà dell'utero stesso. In una donna non maritata, di 18 anni, trovai l'utero obliquo di forma e inclinato verso il lato destro, il legamento sinistro dell'ovaio era lungo 12 millimetri, mentre quello di destra era di soli 4; ed in un'altra donna nubile, d'anni 19, pure esente da ogni traccia di malattia uterina, l'utero era di volume ineguale, il suo angolo superiore destro essendo di 8 millimetri più alto del sinistro. Il professor Tiedeman (*), che fu il primo ad attirare l'attenzione speciale su questo stato, pubblicò nel suo trattato in proposito parecchie figure di alti gradi di obliquità e malformazioni d'utero. Non deve per nulla sorprendere tale manco fortuito di simmetria in un organo come è l'utero, fatto in gran parte per coalito di due metà o corno laterale. Allo stesso tempo, sembra assai dubbio se tali ineguaglianze dell'utero diano origine a qualche sintomo, o se nel caso che avvenga gravidanza e parto, producano taluno degli effetti formidabili, cui Deventer ed altri ostetrici, 150 anni fa, riferivano all'obliquità dell'utero; opinioni non tutt'affatto rifiutate perfino al giorno d'oggi. Io riporto ora queste condizioni principalmente allo scopo di imprimervi la non inutile considerazione, per la quale, siccome l'obliquità uterina può dipendere da cause affatto incurabili, così la prudenza insegna che quando non produce sintomi morbosi dobbiate astenervi da ogni tentativo di cura che per lo meno è inutile, che probabilmente sarà frustranea, e che possibilmente riuscirà assai dannosa.

(*) *Von den Duvernoyschen Drüsen des Weibes, und der schiefen Gestalt und Lage der Gebärmutter*, 4.^o Heidelberg. 1840.

LEZIONE XII

DEVIAZIONI. — SPOSTAMENTI D'UTERO.

Versioni e flessioni dell'utero.

Sintomi — Opinioni discordi sul loro conto; come possano in qualche modo conciliarsi. — Sintomi accusati, ooo sempre dovuti a spostamenti. — Evidenze delle statistiche, produzione di sintomi in relazione ad altre cause agenti sull'utero. — Enumerazione dei sintomi, ed esame a parte di ciascuno.

Diagnosi. — Uso della sonda.

Trattamento. — Schizzo storico dell'opinione e pratica in proposito. — Sostegno uterino; ragioni per rifiutare i congegni meccanici e per preferire il trattamento palliativo. — Descrizione del piano di cura.

Ci siamo fin qui occupati dell'esame della natura delle varie versioni e flessioni dell'utero ed avemmo occasione nel corso di questa ricreca di notare le opinioni contrario e le dichiarazioni opposte che era assai difficile e talora anche affatto impossibile di conciliare. Tali discrepanze diventano e più numerose e più di spesso irconciliabili mano a mano che passiamo allo studio dei sintomi prodotti da questi errori di posizione, e alla considerazione della cura che esigono. I sintomi sono da alcuni descritti come numerosi e caratteristici, e l'appropriato trattamento è da essi asserito semplice, sicuro e di fortunata riuscita: mentre altri negano che gli spostamenti presi da sé soli non producono alcun sintomo, ed asseriscono che la cura proposta, mentre è accompagnata da molto rischio, è interamente inadeguata a togliere il male che intende curare. Ciascuna di queste opinioni è mantenuta da uomini eguali in altezza di lor posizione nella loro esperienza pratica e loro buona fede (*).

Gli effetti addotti di questi spostamenti uterini brevemente si può dire consistano nel disordine di mestruazione, la quale è usualmente eccessiva e dolorosa, nella secrezione leucorroica, nel dolore e diffi-

(*) Il rapporto pubblicato della discussione a Parigi su tal soggetto contenuto nel *Bulletin de l'Académie de Médecine* pel 1853-54 vol. XIX pag. 778-976 è un'illustrazione materiale delle grandi differenze possibili in una scienza incerta.

coltà tanto della defecazione che della mizione, e generalmente in dolore entro la pelvi, sebbene d'ordinario più forte in quella parte della pelvi, verso cui è rivolto o flessa il fondo dell'utero, mentre la sterilità è un'ulteriore conseguenza che si asserisce essere prodotta dalle flessioni dell'utero in un gran numero di casi. In questi sintomi egli è chiaro esservi molti che per sè non possono riguardarsi come patognomonici di una, piuttosto che di altra affezione uterina, giacchè costituiscono appunto il corredo di malori che in varie combinazioni ed in intensità varia, riscontransi in presse che ogni disordine d'utero. A questo però non sarebbe giusto di dare molta importanza, giacchè i mali uterini che si manifestano con qualche sintomo caratteristico, o con una caratteristica combinazione di sintomi sono veramente pochi. Appunto come la nausea può dipendere da disturbo simpatico dello stomaco nella gravidanza, o da irritabilità dell'organo conseguente a qualche malattia di esaurimento, o dalla presenza di sarcina nella sua cavità, o dallo sviluppo di cancro nelle sue pareti, così gli stessi sintomi possono dipendere in un caso da un disordine lieve dell'utero, in un altro da una sua malattia incurabile. I sintomi sono come la campana d'allarme, che dà notizia di qualcosa di male e serve a svegliar l'attenzione; non è giusto credere che essi debbano indicare non solo qual'è la parte che soffre, ma quale è la causa esatta da cui dipendono queste sofferenze.

Molto però si insistette su un'altra circostanza della non realtà degli addotti sintomi di questi spostamenti, cioè, che in molti casi in cui il caso rivelò l'esistenza di spostamento uterino le funzioni dell'utero si eseguivano sotto tutti i rapporti naturalmente e senza dolore. Ma dobbiamo esser guardinghi dal tirare troppe vaste conseguenze da questo fatto, perchè perfino i primi stadii di cancro uterino passano non di rado non rivelati da alcun sintomo di disordine d'utero; e spesso tumori fibrosi raggiungono un gran sviluppo prima che si sospetti la loro esistenza, oppure ha luogo una sosta così completa e di così lunga durata dei loro sintomi, che solo un esame attento ci convince della persistenza del male che le aveva prodotte. V'ha una frase francese che esprime assai bene il carattere di quelle donne in cui questi spostamenti ed altri mali uterini vengono, in generale accompagnati dai sintomi i più urgenti: sono persone, *qu'on s'écoute vivre*; e mali di cui un'altra sarebbe appena conscia sono per esse sorgenti di gran tormento. Il male può esser reale, eppure può essere consiglio più saggio e fiducioso il tentar di rimediare lo stato della costituzione che esagera le sofferenze della malata, piuttosto che immischiarsi coll'affezione locale che eccita le loro attuali manifestazioni.

Ma vi sono fatti di differente natura i quali mostrano che l'importanza di questi mali fu probabilmente apprezzata di troppo; e questi sono derivati da casi in cui il togliere dello spostamento, sebbene non si trovasse altro incomodo uterino, non fu susseguito

da mitigazione alcuna dei patimenti della paziente; come anche da altri in cui i sintomi, una volta presenti, cessarono ad onta della persistenza della deviazione uterina. Una donna di 22 anni maritata da 4 anni (nel qual periodo abortì 4 volte; l'ultima volta al sesto mese o sotto mesi prima di capitare in mia cura) dalla data del suo ultimo aborto soffersse di dolore, leucorrea e mestruazione copiosa con espulsione di coaguli, e all'esplorazione se ne trovò l'utero retroflesso, il fondo essendo rivolto non solo all'indietro, ma anche a sinistra: 27 mesi dopo il suo ultimo aborto divenne incinta, ma la deviazione si mantenne durante i primi mesi di gravidanza, come fu assicurato coll'esplorazione. Essa partorì un figlio vivo a termine, e si esprimeva di sentirsi poscia perfettamente bene; ma il suo utero era ancora retroflesso, ed io la trovai che occupava la sua vecchia posizione 15 mesi dopo il parto, ossia 4 anni e 3 mesi dopo l'aborto, cui essa originalmente attribuiva tutte le sue sofferenze.

Una donna di 28 anni, maritata da 9 anni, ebbe un figlio nel secondo anno di matrimonio: e 5 anni prima che la vedessi avea subito un'operazione per levare, com'essa diceva, un tumore uterino. Essa diceva che dopo quell'operazione aveva sempre sofferto di perdita leucorroica, con dolori brucianti nelle vicinanze dell'utero, assai aggravati dalla defecazione e dal coito: dolori che erano assai forti all'epoche mensili. Il perineo era alquanto lacerato, l'utero giù in basso, il suo orificio circolare con bordi perfettamente piani, levigati: il suo labbro posteriore era saldamente attaccato alla parete vaginale posteriore, e da qui partivano per qualche distanza delle cicatrici al lato sinistro della vagina (*). La sonda uterina entrava facilmente colla concavità all'indietro per due centimetri, e nel girarla il tumore scompariva completamente. Nei primi 4 o 5 giorni dopo la riduzione dell'utero, la paziente diceva di sentirsi molto sollevata; ma di poi i suoi sintomi ritornarono e continuarono affatto lo stesso di prima per 4 anni e mezzo, durante il qual tempo ebbi l'opportunità di esaminare di frequente la condizione dell'utero, che sempre trovai occupare la sua posizione naturale.

Qualunque sia il valore di casi simili circa al provare da una parte che le flessioni dell'utero non causano di necessità qualche sofferenza, e dall'altra, che la riduzione di una flessione dell'organo non sia seguita dal menomo sollievo alle angustie della paziente, rimane ancora il fatto, che la deviazione dell'utero è in molti casi accompagnata da varii malanni uterini che non si provavano prima della sua comparsa. Riguardo a questi casi però si presenta spontanea la quistione se la loro storia offre qualche particolarità, la quale ci autorizzi a credere che i sintomi son dovuti non semplicemente alla

(*) Non è senza interesse, come rischiarante la futilità di molte insinuazioni fatte per la cura di questi mali, il far notare l'esistenza in questo caso di quella stessa condizione di aderenza tra la cervice e la parete vaginale, sulla produzione della quale per intervento chirurgico Amussat insiste come un mezzo assai importante di cura.

deviazione, ma a qualche altra condizione morbosa con cui è associato lo spostamento, od alle due cause riunite. Ora vi sono circostanze che sembrano favorire l'opinione che nella maggioranza dei casi i sintomi dipendono non dalla deviazione sola, ma dalla deviazione accompagnata da qualche altro stato morboso dell'utero. Il fatto che di 131 casi di versione o flessione dell'utero (*) 113 avvennero in donne maritate, 16 solamente tra le nubili, tende ad associarle all'esercizio delle alte funzioni del sistema sessuale alla gravidanza, al parto ed alle loro sequelle. Questo modo di vedere viene ulteriormente confermato dalla circostanza che l'età, a cui la maggior parte delle donne soffrono di questi sintomi, coincide con quel periodo di vita nel quale queste funzioni son nel più attivo esercizio. Valleix dice, che la maggioranza delle sue pazienti riferivano il principio dei loro mali all'età tra i 20 ed i 30 anni: mentre, ha lo stesso significato il fatto, che 49 su 63 pazienti, dei cui casi conservai memoria, erano al dissotto di 40 anni al tempo in cui vennero in mia cura. Inoltre, 34 su 57 donne maritate riferite da Valleix e 21 su 58 da me osservate (o 21 su 46 se pel momento si omettono 12 casi in cui il matrimonio fu sterile) riferivano il principio dei loro mali ad un parto od aborto; ad un'epoca insomma in cui l'utero era più grosso, più pesante e più abbondantemente fornito di sangue che ad altre epoche, quando i suoi sostentacoli stirati di fresco erano meno capaci di prima a mantenerlo nella sua propria posizione, e quando quegli attacchi di peritonite circoscritta, per cui si producono adesioni tra esso e le parti vicine, sono specialmente facili ad accadere. Il caso riportato nell'ultima lezione mostra come in queste condizioni l'utero ingrossato possa essere retroverso, e inoltre come ad onta della graduale sua riduzione di volume, la deviazione possa ancor continuare; i suoi sintomi essendo aggravati da ogni nuovo aborto, riprodotto, sebbene in minor grado, la stessa serie di mali che accompagnavano la prima comparsa del male. Delle restanti 37 pazienti, 3 avevano tumori fibrosi nelle pareti uterine, cosicchè la deviazione dell'utero poteva riguardarsi come in parte dovuta alla loro presenza, mentre in una quarta v'era un piccolo tumore, forse ovarico, dietro l'utero, il quale non solo lo retrofletteva, ma essendo aderente e all'utero e al retto, impediva che l'utero riassumesse la sua propria posizione anche dopo che il tumore, in cui ebbe luogo la suppurazione, crasi svotato nell'intestino; e in una quinta la deviazione era apparentemente consecutiva alla formazione di un ascesso tra l'utero e il retto da cui l'organo era stato retroverso e in fine attaccato ingiù da aderenze nella sua posizione abnorme.

Quattro pazienti, di cui una nubile, riferivano i loro sintomi ad un periodo menstuo, che era stato accompagnato da una quantità insolita di dolori, ed una li datava da intemperato commercio sessuale. Una volta i sintomi tennero dietro ad un attacco di vaginite,

(*) Le dette cifre sono prese dai 68 casi di Valleix aggiunti a 63 de' miei.

che era probabilmente accompagnata da infiammazione peritoneale, giacchè l'utero antiflesso era trattenuto nella sua posizione abnorme; ed in un'altra ancora, in cui l'utero ampliato e antiverso era similmente fisso nella pelvi, v'era la storia di dolore addominale e dolentatna che avevano avuto origine senza causa cinque anni prima. Sei volte l'accidente sembrava esser conseguito a qualche subitaneo sforzo violento, e in un caso (quello in cui i sintomi persistettero dopo la riduzione dello spostamento) la paziente faceva datare le proprie sofferenze da qualche operazione subita 5 anni prima per l'esportazione, a quanto pare, di un polipo. Rimangono ancora 20 pazienti, in riguardo alla causa dei cui malanni non è data spiegazione adeguata. Però non è senza interesse l'osservare che in pressochè tutti questi casi i sintomi cransi manifestati assai gradatamente, e l'utero deviato era per lo più assai ingrossato. Il cessare dei sintomi e la diminuzione di volume dell'utero avevano avuto luogo simultaneamente. Talora a misura che l'organo impiccoliva riprendeva da sè la propria posizione normale, mentre in altri casi rimaneva deviato, ma non sembrava vi fosse un invariabil nesso tra l'assoluta guarigione della paziente e il ritorno dell'utero al suo posto normale.

Sembra quindi che nel gran numero dei casi lo sviluppo di tutti i sintomi di flessione o versione dell'utero coincidesse coll'operare di qualche causa che aumentava il volume dell'utero o produceva congestione dei visceri pelvici; e inoltre può aggiungersi che il sollievo quasi immediato che teneva dietro al riposo, alla deplezione locale ed alla regolar funzione delle intestina, sembra dimostrare che a questi mali complessi, piuttosto che al semplice spostamento d'utero, erano da attribuirsi i patimenti delle pazienti. Non di rado però il sollievo, sebbene sorprendente, era di breve durata; e alla paziente che era da poco ritornata alle sue occupazioni abituali, o al letto maritale, molti de' suoi sintomi primitivi ritornavano. Ma questi non è per nulla speciale alle deviazioni dell'utero; perchè ne vediamo esempi nell'aumentato sofferimento che accompagnava il periodo menstruo in pressochè tutti i mali uterini, e nell'aggravamento di tutti gl'incomodi uterini antecedenti, che succede al matrimonio in molte donne, e che è talora l'occasione che siano messi in luce mali, la cui vera esistenza era dapprima nemmeno sospettata (*).

Una donna di 35 anni fu ammessa all'ospedale S. Bartolameo, e diede la seguente storia di sè. Era maritata da 11 mesi ma non fu

(*) Questa valutazione dell'importanza ordinariamente minima delle semplici flessioni uterine coincide di molto colle conclusioni a cui arrivò Scanlon, e che egli mantiene così decisamente e che stampa nella terza edizione del suo libro « Le flessioni dell'utero » non sono mai di molta importanza, non causano mai seri mali, eccetto quando vi è associata qualche'altra affezione del parenchima uterino » Op. cit. p. 10. Le conclusioni pure, cui è condotto Bernutz dalle sue elaborate investigazioni, e quelle di Goupil sono che « le deviazioni uterine ad eccezione dell'abbassamento e prolusso del viscere non producono, quando sono semplici, alcuna specie di disordine funzionale. Op. cit. vol. II, p. 717.

mai gravida. Prima del suo matrimonio la sua salute era stata buona, ad eccezione della menstruazione che, sebbene regolare, fu sempre assai dolorosa. Dopo il suo matrimonio però aveva molto sofferto di un dolore costante e forte ai lombi che sentiva di più nel passeggiare, o voglia costante di mingere, mentre la sua menstruazione era diventata assai frequente nei suoi periodi. All' esplorazione la bocca dell' utero che era piccola e circolare, si trovò rivolta all' indietro; mentre al di sopra della parete anteriore della vagina si sentiva un tumore di forma rotonda premente all' innanzi contro la vescica, e poteva anche distinguersi col mezzo di una sonda introdotta in quell'organo. Pensai che tal corpo fosse formato dall'intero antiflesso, quantunque dopo esame attento ed accurato e ripetuto, nel corso del quale tentai invano di introdurre la sonda uterina, cangiai di parere, e venni alla conclusione che era un tumor fibroso sorgente dalla parete anteriore dell'utero. Quale sia il giusto modo di vedere, il caso corrobora egualmente bene il fatto che un male uterino può restar quiescente, per quanto riguarda la produzione di sintomi, per un tempo indefinito, mentre pure può esser causa di molto patimento se, un accidente qualunque aumenta l' afflusso del sangue all' utero.

Ricordando bene la loro origine complessa, possiamo ora ricercare la natura dei sintomi che usualmente accompagnano le versioni e le flessioni dell'utero. Nei due casi, in cui la deviazione accadde subitanea, come risultato di troppa fatica o sforzo, si ebbe ad un tratto molto dolore che veniva riferito alle vicinanze dell'utero; mentre nel caso di retroversione vi era molta difficoltà di mingere e voglia frequente di urinare. In altri casi però il sopraggiungere dei sintomi fu graduale; malessere nella pelvi, accompagnata da insolita profusa e spesso penosa menstruazione, erano i sintomi che primi destarono l'attenzione della paziente, e che colla loro persistenza ed aumento la obbligarono a chieder soccorso.

Nei 63 casi di versione e flessione dell'utero, di cui finora io conservai memoria, i sintomi più salienti furono i seguenti:

	nel totale di 63 casi	in venti di essi l'utero era antiverso o antiflesso
Menorragia	20	3
Dismenorrea	20	8
Leucorrea	25	8
Dolore o altro incomodo nel mingere	21	7
Dolore	51	17
Defecazione difficile o penosa . .	24	3

Dello suddette 63 pazienti, 58 erano maritate, e di queste 12 erano sterili. Le restanti 46 di cui tutte, fuorchè una, erano al disotto di 40 anni di età, avevano avuto 124 figli e 40 aborti; cifre che danno risultati ben poco diversi da quelli che troviamo tra le persone tra-

vagliate da malattia uterina in generale; e i cui parti sommano a 2.7, i loro aborti a 0.47 per matrimonio, mentre 1 su 8.5 del numero totale risulta sterile.

La suddetta enumerazione di sintomi e della loro frequenza relativa, che collima in massa assai bene colle asserzioni di Valleix su tal soggetto, deve bastare a dimostrare che o la deviazione istessa, o lo stato dell'utero associato ad essa, è bastante per produrre molta sofferenza reale e molto disordine funzionale. Il dolore provato da tutte meno dodici dei miei casi, e in 64 su 65 di quelle di Valleix, variava molto nella sua intensità. Era un senso costante di dolore e tormento al dorso e ai lombi, e di dolore lancinante lungo le cosce, spesso se non sempre accompagnato da premiti o da sensazioni della stessa specie che in generale accompagnano l'ordinario abbassamento dell'utero, quantunque più dolorose nel loro carattere. In molte il coito era accompagnato da vivo dolore, mentre le sofferenze che esso produceva avevano indotto in qualche caso ad intralasciarlo completamente. Le pazienti, in cui il dolore costante era il più considerevole, soffrivano inoltre talora di attacchi di dolore a parossisma, talora di estrema intensità ed avente il carattere di colica isterica, come quella che si riscontra talvolta in vari mali uterini e quale è di spesso associata colla dismenorrea. Non ho potuto accertarmi che vi sia un rapporto costante tra la direzione in cui l'utero è flessa e la sede del dolore nella parte anteriore o posteriore della pelvi, quantunque la defecazione difficile e penosa sembra essere molto più frequente nei casi in cui l'utero è o retroflesso o retroverso; che non in quelli in cui è rivolto o piegato all'innanzi. Dubito però molto del quanto alcuni di questi sintomi possano riferirsi a puro effetto meccanico della deviazione dell'utero, perchè in 5 su 14 casi difficile mizione accompagnava lo spostamento dell'utero all'indietro, l'organo era retroflesso e non retroverso, e conseguentemente la vescica non era soggetta a specie alcuna di pressione; mentre per di più in 13 casi di versione o flessione dell'utero all'innanzi, la vescica si vuotava senza dolore e difficoltà. Il dolore e la difficoltà della defecazione pure non sono tanto costanti compagni della retroflessione, quanto si potrebbe ragionevolmente aspettarsi se dipendessero da semplice causa meccanica. Questo sintomo fu infatti considerato per molto tempo come di origine puramente meccanica, e la presenza di inuoe nelle evacuazioni era considerata come evidenza concludente dell'irritazione dell'intestino prodotta dall'utero deviato. Però l'osservazione ulteriore dimostrò, che questo sintomo non è per nulla costante perfino nei casi di retroflessione assai marcata; che inoltre manca spesso nei casi dove il crescere di tumori fibrosi della parete posteriore dell'utero esercita una pressione assai forte sull'intestino, mentre è comune in vari mali uterini accompagnati da molta irritazione dei visceri circostanti, anche se non associato ad alcun ingrossamento o deviazione dell'utero. Lo stesso fatto si verifica ancor più assolutamente in riguardo alla costipazione, perchè il fondo non si trova

mai tanto retroflesso da comprimere il retto in modo che venga imbarazzata la facile introduzione del dito nell'intestino, e conseguentemente non può in modo meccanico impedire la sortita dei suoi contenuti, mentre inoltre non si trova che non si faceva cumulo alcuno di feci al disopra del fondo dell'utero; e per ultimo la costipazione, anche più ostinata di quella che si osserva in questi casi, si associa a gran numero di mali specialmente di natura isterica o anomia in cui non v'è affezione locale dell'utero. La leucorrea, la dismenorrea e la menorragia sebbene assai frequenti, sono forse meno caratteristiche dei sintomi già enumerati, in quanto che essi sono frequenti compagni di tanti disordini uterini. Merita però menzione che i 40 casi di disturbo della funzione mestruale accaddero in 39 soggetti differenti; ma non posso dire se dove la mestruazione era più dolorosa vi fosse maggior flessione dell'utero che in altri casi, e se dove la mestruazione era più profusa vi fosse maggior ingrossamento o apparente congestione del viscere.

In fine per riguardo all'influenza di queste condizioni sulla fecondità; dello 58 donne maritate, una era vedova ed una aveva passata l'età feconda prima che comparissero sintomi di male uterino, mentre in 7 i sintomi durarono meno di un anno, e in conseguenza non vi fu tempo bastante a che il male, per l'influenza sua in questo riguardo, si rendesse evidente.

Delle rimanenti 49, 6 diedero alla luce figli a termine dopo che l'utero erasi deviato; ed una di esse aveva 3 figli vivi a termine di gestazione uterina ad onta dell'esistenza per 15 anni di tutti i segni di retroflessione d'utero.

In una delle sei la gravidanza fu preceduta dalla riposizione del viscere; ma nelle altre 5 non solo l'utero era spostato all'epoca della concezione, ma si riconobbe esser rimasto tale dopo il parto.

Cinque donne dopo avere previamente avuti figli vivi, abortirono dopo lo sviluppo di sintomi di spostamento uterino; ed in una di esse l'aborto accaddo due volte, ed in un'altra 11 volte: mentre 21, avendo previamente avuto uno o più figli viventi, avevano passato più di un anno dal cominciamento dei sintomi senza essere fecondate. In sei di esse però sebbene ancora all'età feconda, la concezione non aveva avuto luogo da 2 o 5 anni prima del principio dei sintomi di deviazione dell'utero.

Questo dettaglio di sintomi mostra, io credo, che mentre le versioni e le flessioni dell'utero non sempre inducono o male locale o disturbo costituzionale, la loro presenza o mancanza è pur lontana dall'essere una cosa indifferente, e dobbiamo ammetterle come costituenti una classe distinta ed importante di mali d'utero. Ma quantunque sieno per sé di poco momento, sarebbe nullameno necessario assai per noi di imparare a distinguerle da altri e più seri mali uterini, con cui alcune di esse sono facili a confondersi per un esame superficiale.

Con ordinaria attenzione infatti qualunque deviazione di tutto

l'utero, che prenda come fa di solito la forma di retroversione, appena puossi scambiare o sconoscere perchè il fondo dell'utero spinto all'indietro e spesso in basso nel cavo del sacro, e la bocca dell'utero diretta all'avanti o in alto contro la sinfisi del pube sono indicazioni caratteristiche del suo cangiamento di posizione. Le cause di errore sono però più numerose nei casi, in cui l'organo è flessso e il suo corpo piegato sulla cervice, producendo un tumore che può esser preso in isbaglio per malattia dell'ovario, o per tumore fibroso dell'utero, o per uno di quegli stravasi di sangue attorno alla sostanza dell'utero, a cui si rivolse ultimamente l'attenzione speciale sotto il nome di ematocelo uterino. Nei casi, in cui l'utero è piegato all'innanzi, le cause di errore sono meno numerose che nei casi di sua retroflessione, ed io non conosco altro se non se un tumore fibroso della parete anteriore dell'utero capace con probabilità di gettar l'incertezza sulla nostra diagnosi, sebbene abbia trovato la discriminazione tra la flessione dell'utero e la presenza di un tumore fibroso nella sua parete esser talora assai difficile e quasi impossibile. Il tumore formato dalla flessione dell'utero comincia di solito immediatamente al di sopra della sua cervice, e il parenchima del viscere può essere constatato continuarsi entro di esso. Allo stesso tempo non si può sentire allargamento del viscere col dito portato sul davanti della cervice nei casi di retroflessione, o dietro essa nei casi di antiflessione, mentre se la paziente è coricata sul dorso e si preme con una mano sopra il pube e l'altra in vagina la mancanza di ogni tumor pelvico può in generale essere prontamente accertata. Di più in molti casi la pressione col dito in vagina sul tumore uterino gli imparte un grado di mobilità senza per nulla alterare la posizione della cervice, quale non sarebbe possibile nel caso di escrescenza fibrosa dell'organo. Ciò per altro non è sempre praticabile; perchè da una parte la sensibilità dell'utero flessso non di rado impedisce che qualunque pressione continuata su di esso sia tollerata dalla paziente, e dall'altra una pressione forte e continuata a lungo non sempre modifica la posizione del viscere, e questo anche quando non v'è aderenza morbosa che legghi il suo fondo alle parti adjacenti. In un gran numero di casi dubbii noi restiamo incerti per lunga pezza, ed alla fine addiverremmo con esitanza ad una decisione, se non avessimo l'aiuto fornitoci dalla sonda uterina. Se questo strumento è introdotto colla sua concavità rivolto o all'indietro o sul davanti, secondo che il tumore è posto sul davanti o sul di dietro della vescica, e se allora viene dolcemente ed accuratamente girato intorno, troveremo che il tumore prima così distinto scomparirà completamente, sebbene di spesso subito si riproduca cogli stessi caratteri, e precisamente dello stesso volume di prima, al momento che si ritira l'istrumento. La sonda dà allo stesso tempo l'opportunità di accertarsi della perfetta mobilità dell'utero e della mancanza di aumento in peso, quale di necessità sarebbe prodotto dall'esistenza di un tumore nelle sue pareti.

Per quanto valido però sia questo mezzo di diagnosi non è senza pericolo di fallacia, mentre il suo uso alle volte conduce a risultati non soddisfacenti. Talora lo strumento non passa al di là dell'orificio interno dell'utero, e quantunque la pressione all'insù contro il tumore affine di diminuire la piegatura del canal cervicale non di rado ci abiliti ad introdurla, pure questo non è sempre il caso; e non fa bisogno che vi dica non esser mai permesso il far forza affine di superare la difficoltà. Ma anche in questi casi l'assenza di ogni senso di grave peso, quando l'organo è bilanciato sullo stromento, afforza la presunzione contro l'esistenza di qualunque tumore uterino. Inoltre un tumor fibroso sporgente nella borsa retto vaginale può presentare molti dei caratteri dell'utero retroflesso, mentre il fatto che tale tumescenza non di rado flette il viscere e lo fa leggermente deviare dalla sua direzione naturale aumenta la probabilità di errore. Se inoltre nel girare la sonda dopo la sua introduzione, il manico dello strumento è molto depresso, l'altra sua estremità sarà di necessità innalzata corrispondentemente, ed un tumore uterino venendo così portato fuori dal facile accesso delle dita può scomparire apparentemente, e il caso essere così preso a sbaglio per uno di flessione semplice dell'utero. La salvaguardia contro questo errore si ha dalla precauzione di non alterare in altro modo la posizione della sonda quando si fa girare lo stromento. Infatti l'esistenza di aderenze impedisce la riescita di ogni tentativo di riduzione dell'utero flesso, e ci priva così di uno dei mezzi di diagnostico, sebbene anche in tali casi la direzione con cui la sonda entra con facilità, e il fatto che non entra in nessun'altra direzione fuorchè quella, non sono senza valore. I tumori ovarici sono pressochè sempre più larghi e più sferici del fondo retroflesso dell'utero, e il dito in generale scoprirà il corpo dell'utero spinto dal tumore all'innanzi, mentre col dito di una mano in vagina e l'altra mano sul pube, il pratico potrà in generale soddisfarsi dei rapporti esatti dell'organo, quantunque i tentativi di introdurre la sonda non fossero riesciti. La stessa dichiarazione vale anche a riguardo dell'ematocoele uterino, oltrechè il tumore da esso prodotto non offre lo stesso grado di resistenza come l'utero retroflesso. Però uno dei più grandi ematocoele, venuto a mia cognizione, aveva prodotto una completa retroversione dell'utero e resa così la diagnosi assai difficile. In tal caso, e in altri ancora, in cui qualche tumore aveva flesso l'utero o di molto alterata la sua posizione, i rischi di errore sono per vero assai grandi. Non intendo di proclamare per la sonda il vantaggio di capitarci sempre a fare una conclusione corretta, ma solo di esprimere la mia convinzione che è un assai valido mezzo di diagnosi, e che restringe i casi dubbii entro limiti assai ristretti, e ci abilita nella gran maggioranza dei casi ad esprimerci subito e positivamente riguardo a quistioni che diversamente sarebbero spesso assai oscure.

Infine passiamo alla considerazione del trattamento appropriato di

questo deviazioni; questione che ebbe due risposte differenti secondo che i pratici si limitarono a tentativi di togliere quei mali con cui era associata la mala posizione, e a cui sembrava fossero dovuti direttamente i sintomi, od a mezzi che tendessero a qualcosa di più e tentassero di ridurre l'utero nella sua giusta posizione, mantenendolo con congegni meccanici. Tra gli scrittori del continente che richiamarono per primi speciale attenzione a questi spostamenti dell'utero, Schweighäuser si accontentava dell'uso di rimedii intesi a togliere la costipazione, e la congestione dei visceri pelvici, e dice che, ottenuto ciò, trovava che l'utero riprendeva senz'altro la propria posizione; e Schmith coincideva pure in massima nella stessa opinione. Un'opinione, sotto molti riguardi simile, fu benissimo sostenuta dal dottor Oldham (*) che considera lo spostamento dell'utero come sempre conseguenza secondaria del suo ingrandimento, ed insiste sui vantaggi speciali dell'uso del bicloruro di mercurio a togliere questa condizione. Schmith cerca nel suo saggio di stabilire le differenze tra i casi di deviazione primaria dell'utero, e quelli in cui la sua alterata posizione è secondaria a qualche ingrossamento, o a qualche affezione infiammatoria del viscere. Egli non impiega mai alcun mezzo allo scopo di riporre l'utero finchè esiste qualche disturbo costituzionale o sensibilità locale dell'utero, e riconosce la frequenza della riduzione spontanea dell'utero dopo la loro rimozione; ad ottenere il che egli, al pari di Schweighäuser, si affida principalmente al riposo, alla debita evacuazione del canal intestinale coll'uso regolare di sali aperitivi. Se lo spostamento resiste, o se il caso è già di carattere cronico al principio della cura, ammette che dei tentativi delicati si facciano per ridurre l'utero. Questi tentativi consistono in pressione sul fondo col dito in vagina o talora nel retto, ed egli lancia la proporzione che possibilmente in qualche caso possa arrecare servizio il congegno usato dal professor Richter di Mosca (**) per ridurre l'utero retroverso in gravidanza. Come mezzo sussidiario tendente a promuovere la riposizione dell'organo, Schmith raccomanda inoltre che la paziente debba restare sul fianco colle natiche rialzate: attitudine da cangiarsi solo in quella poggia sul ventre, evitando rigorosamente di giacere sul dorso; raccomandazioni tutte assai preconizzate da molti pratici moderni, che pongono le loro pazienti su letto inclinato in ogni caso di retroversione o retroflessione dell'utero. Infine quando la tendenza alla retroversione continua, in onta al trattamento, egli usa un pessario a disco di Lovret, con un'apertura abbastanza larga da abbrac-

(*) Resoconti dell'Ospitale Guido Guy, seconda serie vol. VI.

(**) Vedi *Synopsis Praxis Medico-Obstetricae* di Richter 4^o Mosquae, 1810, tav. II pag. 70 per una descrizione di questo strumento, che era costituito da una asta curva di legno, terminante con una specie di turacciolo coperto da cuscinetto ed era inteso a riporre l'utero agendo alla guisa di un dito lungo e robusto.

ciare il collo dell'utero; seguendo in ciò le istruzioni date da Levet, quali sono indicato nel suo scritto sull'antiversione dell'utero (*).

Questo saggio di Schmith, a cui sono aggiunti i particolari di nove casi, e che è anche al giorno d'oggi la più completa e la più utile contribuzione alle nostre cognizioni sul soggetto, continuarono ad essere la guida della pratica in Germania fino alla pubblicazione delle osservazioni ingegnose del dottor Simpson. Il dottor Simpson non solo attirò l'attenzione in questo paese ed in Francia alla frequenza di queste deviazioni, che dapprima erano così poco apprezzate, ma egli insiste sul loro raddrizzamento meccanico come il mezzo più importante a toglierne i sintomi, e suggerì un nuovo congegno per riportare l'utero e per mantenerlo a suo posto.

La sua prima proposta di ridurre l'utero col mezzo della sonda uterina (strumento che deve pressochè tutto il suo valor pratico alle modificazioni di forma che egli vi fece) sembra essere stata anticipata da Oslander nel 1808 (**) che descrive l'introduzione di uno strumento leggermente curvo entro un utero retroverso, girando il quale, il fondo dell'utero fu ad un tratto ridotto alla propria posizione. Il suggerimento di Oslander, però, fu poco apprezzato, e i suoi fatti screditati e subito dimenticati. Velpeau rivendica (***) l'invenzione di un pessario con asta alquanto elastica sporgente dal centro di un disco semicircolare. Il disco essendo rivolto all'avanti nel caso di retroversione, e all'indietro nei casi di antiversione, la tendenza dell'asta elastica sarà di gradualmente restituire l'utero alla sua propria posizione e mantenervelo dolcemente. Le sue esperienze però per sua confessione sembrano esser stato ben poche, e il loro risultato poco incoraggiante.

Il dottor Simpson credendo che nel maggior numero dei casi i sintomi concomitanti le deviazioni d'utero, come pure i cangiamenti che l'utero può offrire siano principalmente dipendenti dalla sua cattiva posizione, insiste sulla riduzione dell'utero e nell'uso di mezzi meccanici per assicurarlo a suo posto. Propone di ottenere il primo scopo col mezzo della sonda uterina, e il secondo col mezzo di uno stelo di filo-ferro introdotto nella cavità dell'utero e mantenutovi da convenienti apparati. Tale strumento subì parecchie modificazioni nelle mani del dottor Simpson, e sebbene sia stato dappoi modificato dal fu professore Kiwisch di Praga, pure il sostegno uterino di Simpson, coi miglioramenti ideati da Valleix di Parigi, mi pare il più sicuro e meglio adatto allo scopo.

La memoria del dottor Simpson non era accompagnata da alcun dettaglio di casi e appena conteneva qualche allusione ai pericoli possibili ed alle difficoltà nell'uso del suo strumento. L'attenzione

(*) Fu già fatta allusione nel *Journal de Medecine*, ecc., vedi pag. 28 del 1860 stampato.

(**) *Med. Chir. Zeitung* 1808 vol. IV pag. 170 come è riportato in una nota a pagina 54 dell'op. cit. di Schmith.

(***) *Lib. cit.* pag. 102.

dei pratici in questo paese fu da lui richiamata ad un male, la cui possibile evenienza essi dapprima avevano appena riconosciuta, mentre la semplicità e l'acume inventivo del proposto suo mezzo di cura lo raccomandavano all'adozione pressochè universale. Infatti si espressero dei dubbii teoretici circa all'effetto probabile di tenere un corpo straniero per settimane e mesi di seguito entro la cavità uterina. Questi dubbii però furono acquetati per qualche tempo dalla narrazione di casi fatta da differenti autori, in cui l'istromento fu portato per lungo tempo, non solo senza danno, ma con evidente vantaggio. Pure a gradi cominciarono a farsi conoscere degli effetti sfavorevoli; trovaronsi nascero non di rado molto dolor uterino, leucorrea pressochè continua con senso angoscioso di prurito, menorragia ed emorragia tra i periodi mestrui. I sostenitori del trattamento meccanico di questi mali credettero di poi alla necessità di maggior cautela. Non solo tolsero lo strumento ai periodi mestrui, ciò che non usavano prima di fare, ma cercarono di abitar l'utero a gradi alla sua presenza, introducendolo dapprima per un ora, un ora e mezzo per volta, mentre altri raccomandavano che in nessun caso lo si lasciasse restare oltre tre o quattro ore entro l'utero. Tali inconvenienti, l'incompleta guarigione temporaria delle pazienti in qualche caso, la frequenza della recidiva in molte, la sopravvenienza di seria infiammazione dell'utero o di pericolosa peritonite, e qualche caso di morte diotro l'uso dello stromento, hanno ora indotto al suo pressochè universale abbandono.

È probabile che in pochi anni ancora il sorreggitore dell'utero e i suoi usi saranno diventati puro materiale istorico. Non sarebbe però giusto ora il condannarlo senza addurre allo stesso tempo le ragioni che sembrano aver indotto i più dei pratici a intralasciarlo;

1.º l'uso sicuro dello stromento esige come regola generale che sia mantenuto continuamente per sole poche ore ad ogni volta, necessità che implica che ogui donna sottoposta a questo modo di cura, dove subire due esplorazioni vaginali al giorno, l'una per l'introduzione, l'altra per l'estrazione dello stromento;

2.º la quiete che impone il suo uso, e le restrizioni cui è obbligata a sottomettersi, la paziente onde evitare serie sofferenze e il rischio di pericoli gravi, sono almeno tanto assolute di lor natura e tanto tediose a tollerarsi quanto e come quelle che accompagnano qualunque altro trattamento, mentre è necessario continuarlo per un tempo assai lungo;

3.º ad onta di tutte le precauzioni il trattamento è doloroso, spesso pericoloso, talora fatale; ed i sinistri accidenti non furono sempre attribuibili a manco di prudenza sia per parte del medico che della malata;

4.º la guarigione, anche coll'uso prolungato di questi mezzi per varii mesi, è incerta, mentre le recidive sono assai frequenti dopo che si cessa dal raddrizzatore meccanico; oltre che la cura perma-

nente della deviazione è lungi dall'esser sempre seguita dalla cessazione dei sintomi (*).

Per queste ragioni sebbene anch'io abbia provato in pochi casi il sorreggitore dell'utero, già da qualche tempo ne intralasciai l'uso e mi accontento di un modo di cura, che quantunque sembri prometter meno, pure produce quasi sempre un gran sollievo: mentre in un gran numero di casi toglie affatto i patimenti delle malate, ed è non di rado susseguito dal completo raddrizzamento della posizione dell'utero. Credo inoltre che perfino coloro, i quali furono gli avvocati più strenui del sostegno uterino in questo paese, ne abbiano rinunziato tacitamente l'uso: ed Aran (**) dice che Valleix, il quale con tanta abilità cercò di introdurlo in Francia, ne aveva verso la fine di sua vita pressochè completamente abbandonato l'uso, sostituendovi la riduzione dell'utero colla sonda uterina, susseguita dall'introduzione di un pessario ad aria o sul davanti o al di dietro dell'utero secondo la direzione in cui era la flessione.

Il principio dietro il quale agisco in questi casi ammonta presso a poco a questo; curo, il meglio che mi so, i sintomi generali, e lascio la deviazione a sè. In gran numero di casi la deviazione sussegue al parto od all'aborto, e l'utero è, come era da supporre, in uno stato di imperfetta involuzione. In queste circostanze il riposo per un dato tempo a letto o sdraiata, il sanguisugio d'occasione se v'è molta sensibilità dell'organo, e la maggior attenzione alla condizione delle intestina, che devono tenersi liberamente aperto con dose moderata di sali aperitivi, mancano di rado di presto sollevare la congestione dell'utero e dei vasi della pelvi, e porre il viscere nella condizione più favorevole pel compimento di quei processi per cui viene ridotto il suo volume. All'approssimarsi di ogni periodo mestruale si devono raddoppiare le precauzioni, giacchè assai spesso

(*) L'opporre delle asserzioni e delle contro asserzioni è odioso, e non porta la convinzione di coloro le cui opinioni differiscono dalle nostre. Addurrò qui pertanto la testimonianza di due uomini la cui posizione e carattere danno un peso speciale alla loro opinione. Nella discussione davanti l'accademia di medicina di Parigi, il signor Dubois affermò di avere egli stesso trattati più di 20 pazienti col mezzo del sostegno uterino, e disse che in alcuni casi fu portato per parecchi mesi, che la deviazione si riproduceva entro breve tempo dalla rimozione dell'istrumento, e che egli fece l'istessa osservazione nel caso di molte malate le quali essendo state così curate da Valleix e Simpson erano state dimesse da essi come guarite.

Il professor Scazoni in una nota alla quarta edizione dell'opera di Kiwisch sulle malattie delle donne, che pubblicò dopo la morte dell'autore, fa la seguente dichiarazione. « L'osservazione di 56 casi di flession d'utero negli ultimi 4 anni mi porta ad esprimere la mia decisa convinzione che il trattamento meccanico di quest'affezione, così elaboratamente espresso dall'autore, è o inutile o positivamente dannoso, » in seguito, dopo aver addotto alcune ragioni per quest'opinione conclude. « Aggiungerò solamente che darchè cessai di mantenere la sonda nell'utero, e di usare del sostegno uterino, e mi accontentai dell'uso di iniezioni vaginali fredde, col trattamento antinfiammatorio di ogni infiammazione uterina cronica, e l'applicazione del caustico a qualunque ulcerazione della bocca dell'utero, e col tentat di togliere i sintomi clorotici che mancano quasi mai, fui molto meglio soddisfatto della riuscita del mio trattamento di quando mi lasciava sedurre dalla applicazione di una varietà di mezzi meccanici. » *Op. Cit.*, vol. I, pag. 135-136.

(**) *Op. cit.* pag. 1015.

la mestruazione è eccessiva in quantità, ed anche irregolare e troppo frequente nei suoi ritorni, anticipa il giusto tempo della sua ricomparsa, e dippiù dopo la sua cessazione apparente ritorna di bel nuovo senza causa e per ogni minima occasione. In proporzione che è cronico questo male possiamo usare di mezzi più decisi a frenarlo. L'acido solforico o il solfato di magnesia se le intestina sono costipate, il solfato d'allumina se una tal condizione non esiste, o l'acido gallico o l'infusione di matico possono amministrarsi interamente, uniti se v'è molto dolore colla tintura di iosciamo o di canapo indiana, le quali non hanno come l'opio la stessa tendenza a produrre la costipazione. Possono usarsi i clisteri freddi due volte al giorno due o tre giorni dopo la perdita, e nei casi più ostinati anche le iniezioni vaginali di matico o allume. Non mi sono però azzardato a quelle iniezioni intra-uterine o canterizzazioni della superficie interna dell'utero alle quali ricorse Kiwisch qualche volta, durante la presenza dei catamenii come anche negli intervalli tra il loro scolo.

In pressochè tutti i casi di questa malattia v'è uno stato di debolezza generale, spesso di anemia assai considerevole, e perciò i rimedii marziali sono pressochè sempre utili. In regola generale il più conveniente è la combinazione del ferro con un sale aperitivo, che vi raccomandai parlando del modo di condursi nei casi di menorragia (*). È per altro ovvio che le vostre prescrizioni possono qui come in altri casi essere variate secondo le idiosincrasie delle vostre pazienti o la particolarità del loro caso.

Diminuita la sensibilità generale dell'utero se necessario con previo sanguisugio, si può ricorrere con vantaggio alla doccia fredda, che frena l'emorragia e la leucorrea, diminuisce la congestione, e tende a produrre la contrazione dei lassi tessuti dell'utero. Talora però la doccia produce dolore; e quando è così, il semicupie freddo, la spugna d'acqua fredda ai lombi e le iniezioni vaginali fredde possono venirle sostituite, giacchè, sebbene meno efficaci, esercitano un'influenza simile.

Il dolore, che si riporta all'una o all'altra regione ovarica, e che varia assai di intensità e senza causa, si trova di spesso congiunto a queste deviazioni di utero. In genere è assai mitigato dalla contro irritazione col mezzo di piccoli vescicanti non tenuti in luogo abbastanza lungo tempo da produrre vescicazione, coll'uso di un linimento di crotontiglio, che deve applicarsi a mezzo di un pezzo di spugna non strofinata contro la parte; o dall'uso, se la pelle è molto irritabile, dei più miti linimenti di aconito e belladonna (**).

Come nel decorso di altri mali uterini, così in questi, vi sono talora degli attacchi di dolori violenti a parossismo, i quali sebbene non ricorrenti solo ai periodi mestrui, sono più facili a venire a tali epoche e talora domandano soccorso immediato. L'applicazione lo-

(*) Vedi la formola N. 1 pag. 44.

(**) Vedi formola N° 10, pag. 152.

cale del cloroformio spesso solleva, e la mitigazione da esso indotta spesso continua. Ho però veduto in pochi casi che il dolore era più forte e più durevole di quanto il rimedio così applicato potesse togliere; e in tal caso la maggior sua intensità può essere mitigata coll'inhalazione del cloroformio, e il suo ritorno prevenuto o alleviato dall'uso temporaneo di un enema opiato, o dall'uso di canfora e morfina, o canfora e belladonna: quest'ultimo rimedio, sebbene alquanto incerto e spesso di una grande utilità.

Ma voi mi domanderete se in questi casi si rifiuti non solo l'uso di sostegni meccanici permanenti per l'utero, ma anche l'impiego di mezzi meccanici per la sua riduzione? Ora io ritengo che ad eccezione di quei casi rari, in cui la deviazione è il risultato di qualche scossa o violenza subitanea, l'intervento meccanico è raramente desiderabile; e che l'utero spontaneamente ed a gradi ritornerà alla sua posizione propria, oppure, rimanendo deviato, cesserà dal produrre per la sua sola deviazione alcun inconveniente, quando saranno tolti i mali concomitanti. Mentre adunque uso della sonda come mezzo, o ritengo di grau valore, di diagnosi, io non ricorro al frequente raddrizzamento del viscere mercè di essa come fu adottato da altri pratici, i quali pure esitano a lasciar qualunque genere di sostegno permanentemente entro l'utero. Non seguo questo piano perchè, mostro talora rimangono dolle doglie per un pezzo dopo l'introduzione dello strumento, l'utero ricade sempre di nuovo nella sua posizione preternaturale dopo averlo ritirato.

Vi fu molta disputa sull'uso dei pessarii in questi casi, mentre da alcuni si usano tutt'ora, da altri sono dichiarati tutt'affatto inutili o principalmente dagli avvocati del sostegno intrauterino. Deve pur confessarsi che sono mezzi di sostegno assai imperfetti, ma non di meno io vidi molto vantaggio dal loro uso in casi di retroflessione e retroversione dell'utero. Servono a tener l'utero comparativamente fisso nella pelvi, e lo difendono da molto delle scosse dolorose cui è diversamente e quasi inevitabilmente esposto quando la malata comincia a muoversi o specialmente quando siede. Inoltre diminuiscono in molti casi i penosi premiti della defecazione: fatto che mostra ancor più come questo male partecipi del carattere neurologico più che di un disordine da cause meccaniche. Il genere di pessario che mi parve usualmente il più giovevole è uno di gomma elastica di forma ovale, gonfiato ad aria, il quale introdotto nel cul di sacco tra l'utero e il retto serve a sostenere e tener fermo il fondo dell'utero. L'uso recente della gomma elastica vulcanizzata e della gutta percha a questo scopo, e le varie modificazioni di questi stromenti reso possibili da queste nuove materie, li potranno forse condurre all'invenzione di qualche varietà utile di pessario adatto alle particolarità dei diversi casi. Bisogna che ne ricordi uno di essi dacehè agisce per un principio differente dagli altri, o promette, per quanto la mia esperienza limitata di esso mi abilita a giudicare al presente, di essere assai utile in alcuni casi di retroversione

o retroflessione dell'utero. Il concetto dello stromento si è, che la deviazione dell'utero può essere emendata col prestare appoggio alla parete vaginale e renderla così meno cedevole. Sotto il nome di *pessario a leva*, credo, fu suggerito per primo dal dottor Hodge di Filadelfia (*): una forma preferibile mi sembra quella inventata dal mio amico dottor Pricstley, e che può aversi da tutti i fabbricatori di stromenti. Consiste in un telaio di gutta perche della grossezza di una penna d'oca ordinaria o po' più, lunga 12 centimetri e mezzo, attorcigliata su sè stessa alla forma quasi del riccio di un violino, l'estremità superiore larga 4 centimetri circa le sue due branche avvicinantisi finchè si uniscono in una specie di bottono e tutto lo stromento avente una dolce curva come quella di un S italiana. L'istromento è introdotto colla larga estremità nel cul di sacco tra l'utero e il retto; mentre al bottono dell'altra estremità che protrude fuori della vulva sono attaccate quattro cinghie di gomma elastica vulcanizzata, che vengono assicurate ad una cinta circondante l'addome. Queste cinghie invero non sono sempre necessarie, ed io trovai che il pessario usato senza di esse talora si mantiene assai bene in posto e procura un gran ben essere a chi lo porta (70).

(*) *Diseases Peculiar to Women* 8^a Filadelfia, 1860 pag. 330.

(70) I mezzi meccanici ai quali si ricorre all'intento di rimediare agli inconvenienti più o meno gravi che risultano dalle deviazioni uterine, trovarono sostenitori e detrattori del loro valore in numero, si può dire, pari fino ai giorni nostri. Ed io penso che il biasimo portato alla *meccanologia uterina* debbasi per la maggior parte all'imperfezione degli apparecchii adoperati, mentre non mancano di meritare critica il *sistema* che dai più si tiene nell'uso di questi, l'*esagerata interpretazione dei fenomeni* che suscitano tali mezzi contentivi, e l'*impropria loro indicazione*.

Io mi propongo di toccare questi punti di pratica ginecologica, premettendo una parola su di un'ultima forma di pessario, cui l'Autore appena accenna, e che merita tutta la considerazione; voglio dire il *pessario a leva* del dottor Hodge. — Sia che questo nuovo strumento rimanesse sconosciuto ai pratici in Europa, sia che sembrasse a questi più prudente l'attendere la sanzione dal tempo, il fatto è che l'uso suo non si estese che tardi al di là degli Stati Uniti, ad onta che già prima del 1860 Hodge ne avesse parlato nel suo libro citato in addietro. Quando nel 1863 io fui a visitare la Clinica di Vienna del distinto professor Braun ed a seguirne gli insegnamenti, ebbi occasione di vedere le prime applicazioni ch'egli faceva di questo pessario: ne portai di là un buon numero e ne feci applicazione di poi tanto nella mia pratica quanto nelle malate del comparto speciale, cui era addetto nell'Ospitale.

Ora, i giudizi che ne lessi nel lavoro del professor Braun (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1864) e che me ne espressero verbalmente gli autorevoli specialisti Sims, Greenhalg, Hewitt, Meadows ch'ebbi la fortuna di

conoscere in una recente visita agli Spedali di Parigi e di Londra, e per ultimo la mia stessa esperienza in proposito, confermarono in me la opinione che m'avevano fatta nascere a priori questi pessarii intorno la loro utilità pratica: laonde reputo opera utile il parlarne più dettagliatamente per diffonderne vieppiù la conoscenza, le varie forme, l'uso e le indicazioni fra i medici nostri.

È fondamentale la differenza che passa fra questi pessarii a leva e gli apparecchi contentivi immaginati finora. La loro azione riposa essenzialmente sul principio della leva: il perno viene fatto dai fianchi (fig. 25, *a, b*) dello strumento appoggianti sulle pareti laterali della vagina: i bracci sono rappresentati dalle sue estremità (fig. 25, *c, d*) che si appoggiano l'una al pube e l'altra al sacro: le incurvazioni poi dello strumento nel senso del piano del suo maggior diametro si adattano perfettamente alle disposizioni naturali delle parti, mentre la divaricazione delle sue branche abbraccia e sostiene il segmento inferiore dell'utero. Questa meccanica vale per tutte le diverse modificazioni di incurvazione che si impressero allo strumento, ma come avviene che una delle estremità si innalzi dal piano orizzontale dello strumento con una curva più e meno sentita ad un terzo della lunghezza del suo maggior diametro (fig. 25, *e, e*) così per ragione meccanica si ha differenza di lunghezza nel due bracci della leva, rappresentata da questo pessario, e di conseguenza un braccio più lungo ed uno più corto come in tutte le leve. E così doveva essere per poter ovviare ai due diversi spostamenti del viscere, all'anteriore ed al posteriore. Ad esempio, se il fondo uterino è retroverso potremo agire su di esso con maggior forza se metteremo il braccio più corto (fig. 25, *e, c*) della leva dietro di esso, al sacro, ed il braccio più lungo (fig. 25, *e, d*) all'opposto punto, al pube. Così viceversa in una antiversione se metteremo al pube il braccio più corto del pessario, al sacro il braccio più lungo.

I primi pessarii di tal genere erano in piombo od in zinco, di poi in gomma elastica indurita, ed ora sono fatti di un'asta cilindrica di rame coperta con uno strato di gutta percha.

Questi ultimi sono preferibili ai primi per ragione economica e perchè sono suscettibili di una istantanea e manuale modificazione nelle curve loro per adattarsi alle esigenze del caso concreto, dandoci in pari tempo un modello su cui, all'uopo, farne poi costruire uno simile in argento ed in alluminio, ad asta cava, per uso continuo.

I vantaggi pratici poi di questo genere di pessarii sono dei più rimarchevoli e meritano una seria attenzione.

Posseno essi meglio di qualunque altro istrumento analogo, essere introdotti e tolti senza difficoltà, lasciano libertà alle iniezioni vaginali ed ai ravvicinamenti sessuali, non ostano l'atto del mingere, nè lo scolo mestruale, e soddisfano colle loro varie forme alle esigenze dei diversi spostamenti.

I disegni qui uniti mi dispensano dalla descrizione delle varie forme, lasciandomi campo a dire delle indicazioni e controindicazioni d'ognuna di esse.

Il modello portato dalla fig. 24 è il primo proposto da Hodge e usato nelle retroversioni: le due branche coi loro estremi si appoggiano al pube, ai lati del collo della vescica, e costituiscono il braccio lungo della leva: la curva che riunisce le due branche s'appoggia alla parete vaginale posteriore, fa da braccio più corto della leva e mantiene in alto il fondo uterino correggendo la sua posizione anormale.

Si riconobbe in seguito una frequente intolleranza alla pressione limitata

che esercitano i due estrani delle branche, e lo stesso Hodge le riuni fra loro costituendo così un parallelogrammo a 4 faccie (fig. 25) mantenendo lo curve primitivo e la citata differenza di lunghezza nei bracci della leva.

Altro modello è dato dalla fig. 26, portando doppia curva, utile in molti casi che la pratica ci sa additare, come ad esempio negli spostamenti più marcati, e nelle circostanze in cui questi sono complicati a neoplasmi aumentanti il peso del viscere.

Mancava una forma addatta al prolusso e la si trovò nel modello della fig. 27, in cui la curva dolce e unica s'addatta egregiamente alla rotondità del segmento inferiore uterino, mentre tanto per questo, come pel modello fig. 28 ad anello spezzato, anch'esso destinato pel prolusso, si calcolò sulla elasticità e sulla leggerezza loro, nonchè sui citati vantaggi comuni a tutti i pessarii di tal genere. Per ultimo ai casi di prolusso della vagina, di prolusso del setto retto-vaginale, accompagnati o no da discesa dell'utero, si addattò la forma di pessario-leva; che vedesi nella fig. 29, le cui barre trasversali mantengono al di sopra di esse le pieghe vaginali e i tessuti prolussanti, mentre ancora rimane spazio allo scolo delle secrezioni e del fluidi mestruo, ed alle irrorazioni vaginali.

Il valore pratico di tutte queste varietà di tale specie di pessarii a leva, se risulta già a priori dalla semplice ispezione loro, è poi a larga mano confermato dall'uso pratico, quando ai singoli spostamenti si applichi l'appropriata forma di sostegno.

Rimaneva a studiare un mezzo più valido per l'antiversione e l'antiflessione, che il ginecologo sa essere fra gli spostamenti quella meno facile a contenersi, quella meno fortunata nella meccanologia uterina.

Ma pare che il dottor Hewitt sia riuscito a superare questo scoglio, perchè gli specialisti di Londra e lo stesso Sinis mi additarono un suo nuovissimo addattamento del pessario a leva, come assai vantaggioso negli spostamenti anteriori dell'utero.

Da pochi giorni io ne esperimento l'applicazione dei due soggetti travagliati da questa deformità ed ai quali male erano riusciti i pessarii a leva delle fig. 25 e 26. Non ne potendo però finora esporre un giudizio, l'aspetto da un maggiore suo uso, proponendomi così di riempire per quanto potrò una lacuna non insignificante.

La maniera più facile di applicare il pessario consiste: 1.º nell'introdurre l'indice della mano sinistra nella vagina facendovi pressione sulla parte posteriore, allo scopo di aumentare il suo diametro longitudinale antero-posteriore; 2.º introdurre lo strumento in modo che un'estremità (fig. 25, 26 o 27) del suo massimo diametro sia rivolta direttamente all'indietro verso il sacro, che la branca sinistra guardi al pube tenendosi un po' a sinistra dell'uretra, la destra alla commissura inferiore vulvare; 3.º mentre si spinge profondamente il pessario, imprimergli un movimento di semi-rotazione, in guisa che la branca sinistra corrisponda al lato sinistro, la destra al destro del canal vaginale; 4.º ciò fatto, l'indice previamente introdotto in vagina, deprima il corpo del pessario cacciandolo all'indietro fra la porzione cervicale uterina ed il cul di sacco posteriore.

Quanto più si innalza il braccio lungo delle leve rappresentate dalle fig. 25, 26 e 29 e le branche di quella a fig. 24, tanto più si innalza il fondo dell'utero contro cui fu divisatamente appoggiato, sia all'innanzi perchè è antiverso il viscere, sia all'indietro perchè retroverso. E però regola assoluta per una buona ed efficace applicazione, che lo strumento

nè scivoli o si sposti passeggiando, nè faccia provare senso di pressione al pube od al sacro: nel qual ultimo caso va diminuito il diametro longitudinale o maggiore ad aumento del trasverso o minore, giacchè una moderata pressione sui lati della vagina, oltre che è esente da conseguenze, non dà neppure molestia alla paziente, mentre è condizione necessaria al principio meccanico di tali pessarii.

Per ritirare il pessario a leva aperto fig. 24 e 28 si introduce nella vagina l'indice di una mano fin dietro la porzione vaginale dell'utero sul corpo dello strumento, si solleva la branca sinistra del pessario all'indietro e all'innalto, girandolo un po' verso destra onde smuovere le branche e metterle in corrispondenza del diametro sacro-pubico: di poi con una pressione dolce, si dilata l'orificio vaginale tanto da poter afferrare col pollice e coll'indice della mano opposta la branca sinistra che esce di solito per la prima sotto la sinfisi pubica a sinistra dell'uretra, mentre la branca destra si avvanza scivolando sul perineo. Per togliere il pessario pieno delle fig. 25, 26, 27 e 29 si eseguono gli stessi movimenti, uncinando lo strumento all'estremità anteriore, appena questa si presenta all'orificio vulvare.

Tutto quanto dissi fin'ora vale esclusivamente per la specie di pessario che chiamasi a leva, e parmi ancora sufficiente a stabilire la prevalenza che questa ha sulle altre specie tutte. Ora riservo poche parole per le generali norme da seguirsi nell'applicazione di mezzi contentivi degli spostamenti uterini.

Non in tutti i casi si possono aspettare risultati egualmente favorevoli, giacchè egli è evidente che la rigidità della vagina, i restringimenti organici e la presenza di tumori, e infine l'immobilità dell'utero per antiche aderenze o costituiscono una controindicazione all'uso dei pessarii, o creano difficoltà nella loro applicazione, od oppongono al buon successo di queste correzioni meccaniche.

Ma tali eccezioni, abbastanza valutabili per tutti i pessarii, lo sono meno per i pessarii a leva, i quali compiono il loro ufficio con minor violenza di quello che lo facciano le altre specie; e per conseguenza permettono di sperare miglioramenti dopo qualche settimana o qualche mese di insistenza, per poco che si proceda con pazienza, con metodo, e con intelligenza.

Devesi aver cura avanti tutto di cominciare con leve di piccola dimensione, e di curve leggeri, mantenerle in vagina ad intervalli di tempo da principio onde abituare il canale alla distensione, correggerne la forma dietro i segni fisici riferiti dalla paziente per meglio adattarla al caso concreto, assicurarsi che il plesso sacrale, la vescica e il retto non soffrono pressione, sostituire in appresso una leva di maggior dimensione quando la minore è già bene tollerata.

Insisto sulla necessità di procedere gradatamente in quanto alle dimensioni, e di separare i primi giorni di applicazione con alcune ore o con alcuni giorni di assenza dello strumento.

Accade non di rado (e me ne sono capitati varii esempj) che la distensione della vagina suscita tosto iperestesia del canale, con aumento del dolore, addolentatura del basso ventre o scolo mucoso vaginale; ai quali sintomi, se il soggetto è di facile mobilità nervea, aggiungonsi turbe neuropatiche di forma isterica, e conseguente reazione vascolare.

Non dobbiamo intimidirci per tale apparato fenomenologico, il quale non è già espressione di processo acuto flogistico, bensì di semplice stato irritativo, e cede alle applicazioni fredde sul ventre, alle iniezioni gelide vaginali, agli antispasmodici locali, ai tranquillanti nervini, per dare presto luogo ad una lodevole tolleranza del mezzo contentivo.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE XIII

SPOSTAMENTI — DEVIAZIONI DELL' UTERO

Inversione d'utero, avviene in generale durante il travaglio; talora spontaneamente; sintomi usualmente assai formidabili. — Sua forma cronica; tendenza di esso a distrugger la vita; eccezioni accidentali a questa regola; pretesa riduzione spontanea dell'utero. — Diagnosi e condotta a tenersi in quest'accidente, se recente; lo stato dell'utero modifica le probabilità di riposizione, che son poche, eccetto quando si tenta immediatamente.

Inversione cronica, suo trattamento; estirpazione dell'utero, causa modificanti il successo dell'operazione. — Errori di diagnosi, come evitarli; ulteriori cautele circa il miglior modo di operare.

Inversione da polipo. — Cautele pratiche a suo riguardo. — Ascesa dell'utero; sue varie cause e valore diagnostico.

Quelle forme di deviazione uterina, cui fu fin qui diretta la nostra attenzione, dovettero esser prese ad esame tanto per la frequenza con cui accadono come per l'importanza dei loro sintomi. Trovammo che desse sono l'occasione di incomodi di vario genere e non di rado la causa eccitante di molto disturbo delle funzioni uterine; ma che appena in qualche caso sono per sè pericolose alla vita, mentre di più ammettono sempre molti palliativi, spesso anche una cura completa.

Dobbiamo ora però rivolgerci allo studio di una forma di spostamento uterino, il quale, sebbene fortunatamente di rara occorrenza, è uno dei più dolorosi accidenti che possa accadere ad una donna in quantochè la sua tendenza pressochè costante è di distrugger la vita: mentre il solo rimedio a cui possiamo ricorrere nel maggior numero dei casi per la sua cura è un'operazione assai azzardosa, che mutila la paziente, e la rende per sempre incapace di eseguire le funzioni del suo sesso.

L'*inversione dell'utero* il rovesciamento all'infuori dell'interna superficie del viscere, è un accidente evidentemente impossibile nella condizione naturale dell'utero non gravido; essendo ovvio, perchè

avvenga, che l'organo abbia raggiunto un certo volume, e che le sue pareti siano comparativamente cedevoli. Infatti è solo ad un periodo di gravidanza avanzata che generalmente si incontrano queste condizioni, è solo nell'atto del travaglio che una causa determinante può sopraggiungere ed essere capace di produrre l'inversione: infatti a quell'epoca od una trazione violenta sul cordone fatta da un pratico poco esperto prima del distacco della placenta, può rovesciare l'utero meccanicamente, o l'organo può per le proprie contrazioni arrovesciarsi da sè, come fa l'intestino in casi di intussuscezione. Il fu dottor Crosse di Norwich nel suo diligente saggio sull'inversione dell'utero, che sfortunatamente non giunse a completare, dice (*) che in 350 su 400 casi di utero inverso, di cui trovò fatta menzione, l'accidente arrivò come conseguenza di parto; e ritengo non vi possa esser dubbio che la proporzione reale dei casi in cui può essere riferito a questa causa è molto maggiore di 7 ad 1. Degli altri 50 casi, 40 fu detto accadessero in connessione colla presenza di un polipo nell'interno dell'utero, l'accidente avendo talora luogo spontaneamente, ed altre volte risultando da trazione sull'escrescenza nel tentativo di esportarla.

Pressochè tutti i casi rari, in cui si asserì essersi rovesciato l'utero indipendentemente dall'una o l'altra delle dette cause, mancano di quei dettagli di cui si ha bisogno per concretarne la loro esattezza, e puossi perciò dubitare ragionevolmente sia dell'accuratezza della diagnosi, sia della veracità dell'istoria narrata dalla paziente (**). La dilatazione della cavità uterina però, e qualche causa capace di eccitare la contrazione delle sue fibre ponno riguardarsi come le due condizioni essenziali al rovesciamento del viscere, e dove esse esistono riunito, come nel caso del dottor Thatcher di ampliamento dell'utero per idatidi (***), deveasi ammettere la possibilità che abbia luogo l'inversione.

Non ebbi ad osservare caso alcuno di inversione uterina di data recente, ed infatti gli annali dell'ospedale delle partorienti di Dublino, e quelli dell'ospedale della Carità per la Maternità di Londra comprovano la rarità dell'accidente, giacchè non si riscontrò in un totale di più che 140,000 travagli di parto (****). I sintomi, quali descritti nelle opere d'ostetricia, sono così imponenti e caratteristici, che sembra quasi impossibile il non prenderne cognizione o mal comprenderli. Un pronto collasso accompagnato da emorragia abbondante, colla scomparsa del tumore dell'utero nell'addome, e la pre-

(*) Parte II, p. 70. *Essay on Inversion of the Uterus.*

(**) Il caso strano di Baudelocque di asserita inversione dell'utero in fanciulla di 15 anni che soffriva di menorragia, mi sembra uno di quelli in cui è permesso di aver dei dubbi sull'accuratezza della diagnosi; mentre nulla può esservi di più vago che la storia della paziente di Lisfranc (*Clinique chirurgicale*, vol. III, p. 380) i di cui sintomi si dice esistessero da 5 anni prima che capitasse sotto la sua osservazione.

(***) Come è raccontato nel saggio di Crosse, parte I, p. 57.

(****) *Hardy and M. Clintoeh. Practical Observations in Midwifery*, p. 223: e *Rambotham Obstetric Medicine*, ecc., terza edizione, p. 719.

senza di un grosso corpo sferico appena entro la vagina o protrudente fuori delle parti esterne, sono gli indizi ordinarii che l'utero si è arrovesciato, e l'occorrenza perfino di alcuno di questi accidenti nel terzo stadio del travaglio o appena dopo il distacco della placenta deve subito risvegliare il sospetto del eurante riguardo alla loro causa, quasi invariabile.

Ad onta di ciò per altro nella grande proporzione dei casi, in cui si osservò il rovesciamento dell'utero allo stato cronico, l'accidente sebbene chiaramente riferibile a parto non fu riconosciuto al tempo del suo accadere, e fu così perduta la pressochè unica probabilità di ridurre l'utero. Ebbi ad osservare tre casi di rovesciamento cronico d'utero, ma in ognuno di essi la condizione fu scoperta solo qualche mese dopo il parto. La storia dataci da una di queste pazienti ammessa in mia cura all'ospedale S. Bartolomeo 14 mesi dopo il parto, fu, che il distacco della placenta, il quale si credeva fosse stato fatto colla mano, fu accompagnato da emorragia così profusa da produrre sincope, e le fu detto dall'infermiera che l'utero erasi portato in basso e prolungato esternamente, ma che era stato ridotto dal medico astante. Nessuna ulteriore conseguenza si manifestò per una settimana da quell'epoca, quando nell'atto del sedersi il detto corpo protruse di nuovo all'esterno, e fu ridotto un'altra volta dall'infermiera: da quell'epoca non protruse più oltre la vulva. Nel caso della seconda paziente la placenta fu levata colla mano; e dopo un periodo di insensibilità che durò per due giorni, sopraggiunsero sintomi infiammatorii, ma nessuna circostanza destò sospetto dell'esistenza del rovesciamento d'utero. Nel terzo caso la placenta si staccò spontaneamente; non pare che l'emorragia fosse copiosa; vivi dolori espulsivi furono il sintomo prominente nei primi due mesi dopo il parto. In altri casi sopravvennero perfino minori sintomi ad attrarre l'attenzione, e non si osservò altro fuorchè qualche emorragia susseguente l'espulsione della placenta, finchè il ritorno e la persistenza dell'emorragia condussero ad un'esplorazione vaginale e alla scoperta del rovesciamento d'utero, allora pressochè irremediabile. Non vi può esser dubbio che in questi casi l'utero rovesciossi da sé, e che quest'accidente fu prodotto non solo da manco di contrattilità dell'organo, ma dalla contrazione ineguale e irregolare delle sue diverse parti; esistendo uno stato di relativo rilassamento della bocca e della cervice con una violenta azione del suo fondo (*). La

(*) Questo modo di produzione dell'inversione dell'utero durante il parto, riconosciuto per primo da Saxtorph *Gesammelte Schriften*, 8.^o Copenhagen 1801, p. 301 fu pienamente ed abilmente discusso dal dottor Radford (*Dublin Journal* pel 1837 Nos. 34 e 35) ed è ora ammesso generalmente come un modo frequente se non il più frequente per cui si produce. Il dottor Simpson esprimendo la sua adesione alla veduta del dottor Radford (*Obstetric Works*, vol. I, p. 817) riferisce, due casi in cui l'inversione dell'utero, con espulsione del feto ebbe luogo dopo la morte della madre. Ambedue questi casi sono assai meravigliosi. La paziente di Boerner infatti aveva raggiunto il termine di gravidanza; ma quella la cui storia è riportata imperfettamente da Klatisch era solo al quarto mese; e si asserisce che l'inversione dell'utero avesse luogo la seconda notte dopo la morte. Non si sa qual conseguenza trarre da storie così meravigliose.

sola circostanza infatti che tende ad impedirci di accettare questa come l'ordinaria spiegazione dell'avvenire d'una inversione d'utero durante il travaglio, è il suo non accadere negli istituti quali l'ospedale delle partorienti di Dublino, in cui l'ultimo stadio del travaglio è saggiamente condotto, mentre l'inversione spontanea dell'organo dovrebbe tanto probabilmente succedere tra lo pazienti di un ospedale di partorienti, quanto in qualunque altro luogo.

Una scossa profonda del sistema nervoso ed una emorragia copiosa, come già si disse, sono i due sintomi caratteristici del rovesciamento d'utero. Il dottor Radford mostrò peraltro che, tranne i casi, in cui la placenta era ancora aderente all'utero, l'emorragia non è così formidabile come si potrebbe a tutta prima sospettare, e che la scossa del sistema è indipendente dalla perdita di sangue. Se questi pericoli immediati sono superati, la storia successiva della paziente sembra essere soggetta a considerevole variazione in rapporto al periodo in cui ricompaiono sintomi formidabili, sebbene gli stessi sintomi siano molto conformi nel loro carattere. Lo stato dell'utero, pure, differisce in un modo che modifica grandemente la nostra prognosi; l'organo rimanendo in alcuni casi comparativamente molle o cedevole, permette che il dito vi faccia impressione, e conseguentemente lascia campo a tentativi alla sua riduzione con buon prospecto di riuscita, mentre in altri casi diventa ad un tratto piccolo o fermamente contratto, e sfida qualunque sforzo di riduzione. Non so come dar ragione di queste differenze dello stato dell'utero, sebbene la loro causa immediata bisogna che consista nell'assenza, o almeno nella assai imperfetta involuzione del viscere nell'un caso e nel rapido e completo suo compimento nell'altro caso.

Il rimanere l'utero molle o flaccido o capace di riduzione alla regola generale, è però eccezione, come puossi inferire dalla rarità dei casi in cui, molti giorni o anche molte ore dopo l'accidente, potè essere rimediato. Nel maggior numero di volte la contrazione dell'utero accade assai prontamente ed è così valida che l'organo rovesciato fu talora preso in sbaglio per la testa di un secondo feto, mentre i processi di involuzione usualmente procedono così completamente come nell'utero in posizione normale. Questo fatto è attestato dalle numerose preparazioni di inversione cronica dell'utero in cui (come vedesi in un esemplare appartenente al museo dell'ospedale S. Bartolomeo) l'organo è così piccolo che l'apertura della borsa da esso formata non lascia passare più d'una penna da scrivere, mentre il suo tessuto compatto sembra a tutta prima incompatibile con una perdita di sangue così abbondante come quella sotto cui la paziente soccombette.

In molti casi l'emorragia continuò a colare a brevi ma incerti intervalli dal momento dell'occorrenza dell'accidente: epperò a questo vi sono talora eccezioni. In uno dei casi, che io ebbi ad osservare, una leggera perdita di sangue di tanto in tanto fu tutto quanto ebbe luogo per parecchi mesi dopo il parto, avendo la paziente al-

lattato il proprio figlio per 13 mesi. All'undecimo mese però gli ovarii ripresero la loro funzione e i mestruî furono assai profusi. Al loro nuovo ritorno la perdita di sangue fu ancor più abbondante, e 13 mesi dopo il parto l'emorragia fu allarmante per la quantità e per l'aggiunta di grossi coaguli, che erano espulsi senza sofferimento. Anche prima che l'emorragia diventasse profusa la paziente soffriva di perdite leucorriche ordinarie, che poi continuarono negli intervalli della mestruazione. A gradi gli intervalli divennero più brevi, l'emorragia più profusa, e la perdita leucorrica perdette il suo carattere di scerzione mucosa e si fece più sierosa. Alline presochè impoverita di tutto il suo sangue, il color rosso scomparve quasi completamente dalle perdite, o per gli ultimi due o tre mesi di vita v'era uno scolo costante di siero, ma la vera emorragia era ben piccola. Un senso di premito in basso, e di tratto in tratto la comparsa dell'utero arrovesciato all'esterno nel camminare o sotto qualche sforzo, erano i soli suoi altri sintomi, finchè la paziente potè continuare le sue occupazioni abituali: o infatti questi sono i soli sintomi comuni a questi casi. Vi sono però alcuni casi in cui l'utero rovesciato, penzolando all'esterno, è esposto ad offese e si esulcera, ed altri in cui la violenta costrizione, che l'orificio uterino produce sul corpo rovesciato, produce la gangrena del viscere (*).

Tali essendo le consoguenze dell'inversione dell'utero durante il parto, è ovvio che esse conducano di necessità ad una fine fatale, e la quistione non sta nel come, ma nel quando terminerà un caso. Crosse (**), la cui attività gettò tanta luce su molto cose in relazione a quest'accidente, dice che in 72 su 109 casi fatali la morte avvenne entro poche ore, in otto entro poche settimane e in 6 oltre una settimana. Però passato il primo pericolo, segue durante l'allattamento un intervallo di salute relativa e di cessazione dei sintomi gravi, che ricompajono al cessar dell'allattamento. Sembra che delle rimanenti 23 pazienti una sola sia morta al quinto mese e in seguito ad un'operazione infelice, 1 ad otto mesi, 3 a nove, e le altre a varie epoche tra uno e venti anni.

Questi ultimi casi di lunga vita, ad onta della persistenza dell'inversione dell'utero, ci conducono a notare alline quei casi rari in cui non solo la vita continuò per molti anni, ma non si ebbero per nulla sintomi gravi. La storia più ragguardevole è quella riportata da Boivin e Dugès (***) di una donna che fu portata ad uno degli Ospitali di Parigi sei giorni dopo il travaglio, in cui le si era arrovesciato l'utero. Furono da Dubois fatti dei tentativi, come anche da madama Boivin, per ridurre l'utero ma senza effetto, e non essendovi sintomi di entità la malata tornò alla campagna in diligenza il 18° giorno dopo il parto. Non se ne ebbe più nuova fino

(*) Parecchie relazioni di tal genere sono date da Crosse, Op. cit. parte II, pag. 111, Note 104 e 105.

(**) Op. cit. pag. 170.

(***) Op. cit. vol. I pag. 245.

a 5 anni dopo, quando si presentò a madama Boivin coll'utero ancora rovesciato sebbene di minor volume di prima. Qualche senso di stiramento agli inguini, una voglia frequente di mingere quando stava alzata ed occupata, o la perdita di muco rossiccio ricorrente ogni 15 a 20 giorni, e durante solo poche ore, erano i soli sintomi di cui soffriva. Era però incomodata dall'esser divontata enormemente grassa e si mostrava agitata per la non comparsa dei mestruini. Due casi sono riportati da Lisfranc (*): uno di donna che morì a 70 anni di infiammazione polmonare, e l'altro di una paziente di 48 anni, i cui mali uterini erano solamente leggier leucorrea e stiramenti ai lombi, ed il cui utero, alla sua morte per enterite, fu trovato completamente rovesciato. In nessuno di questi casi, infatti non v'era storia soddisfacente del modo con cui aveva avuto luogo l'accidente, ma l'esistenza dell'inversione all'esame necroscopico, e la mancanza de' suoi sintomi in vita, sono fatti ambedue chiaramente comprovati (**).

Ancor più strani dei succitati sono i casi, in cui si dice che l'utero si sia ridotto spontaneamente. Bisogna ammettere la possibilità della riduzione spontanea dell'inversione parziale dell'utero durante il parto, e la si può anche comprendere; accidente che Saxtorph dice (***) abbia avuto luogo in una paziente, il cui utero tentò invano di ridurra; ed essendo così costretto a lasciar il caso alla natura, l'organo riacquistò in pochi giorni la sua posizione naturale. Ma vi sono altri casi, in cui si dice aver avuto luogo la riduzione dell'utero spontaneamente arrovesciato molti giorni, ed anche mesi ed anni dopo il parto. È difficile formarsi un'opinione di questi casi: in alcuni l'accuratezza della diagnosi sembra assai dubbia, e in altri i dettagli forniti son troppo scarsi per autorizzare una conclusione in riguardo alla lor vera natura; mentre senza alcun dubbio tali casi eccezionali non devono influenzarci sul trattamento di qualche caso che possa capitarci in cura (****).

Quistioni di pratica ostetrica non entrano nello scopo di queste lezioni. Perciò dirò ben poco riguardo alla condotta in questi spostamenti d'utero allo stato recente, e passerò direttamente a considerare la diagnosi e la cura dell'accidente nella sua forma cronica.

Allo stato recente la diagnosi dell'inversione può ben di rado essere oscura. Vi son peraltro casi, in cui sfuggì inavvertita o male interpretata, o in cui l'utero arrovesciato fu persino strappato via

(*) Op. citata vol. II, pag. 379-383.

(**) Relazioni di altri casi simili sono date da Meissner, op. cit. vol. I, pag. 743.

(***) *Gesammette Skriften*, 8.^o Copenhagen 1804, pag. 307.

(****) Il più soddisfacente di questi casi è quello del dottor Thatcher, a cui allude Grosse, op. cit. pag. 176 nota. Ma in questo caso l'utero aveva ripreso la propria posizione in capo ad un mese. Il caso riferito da Daillez, *Sur le renversement de la Matrice*, 8.^o Parigi 1803, pag. 33, corrisponde più ad un caso di polipo che d'inversione d'utero: o dei due casi del dottor Meigs il primo è assai deficientemente particolare; mentre in riguardo al ambedue c'è un lungo periodo, in cui le pazienti non furono tenute in osservazione, circostanza che ne diminuisce d'assai il valore. Vedi la traduzione di Colombat fatta da Meigs, *Diseases of Women*, 8.^o Philadelphia 1815, pag. 132.

nella supposizione che fosse la placenta; ma errori simili implicano una tale ignoranza e leggerezza, sulle quali ogni regola ed ogni esperienza sarebbe del pari sprezzata. Sembra però vi sieno casi, in cui, poco dopo il distacco della placenta, l'utero si arrovesciò parzialmente da sù o si depressse al suo fondo, e in cui, mentre esisteva molta depressione e qualche emorragia, non vi fu nè tumore percepibile dalla vagina, nè scomparsa di quello che l'utero deve formare nell'addome. Questa inversione parziale, inoltre, tende a crescere, cosicchè la depressione dell'oggi può divenire (per usare la terminologia di Crosse) introversione domani, e inversione completa al terzo giorno. Per garantirci da questo errore vale più che tutto, a mio credere, la conoscenza della possibilità di commetterlo, e la necessità conseguente, in ogni caso in cui una depressione ed una emorragia senza causa susseguono l'ultimo stadio del travaglio, di assicurarci che non solo il tumor uterino rimane nell'addome, ma che mantenga pure il suo volume e contorno.

Quando l'accidente accade prima del distacco della placenta, il meglio a fare è, io credo, di toglier la placenta prima di tentare la riduzione dell'utero; il non avere grave emorragia in molti casi d'inversione recente dell'utero dopo il distacco della placenta, afforza di molto la giustezza del modo di vedere circa la causa dell'emorragia nel travaglio: la quale, sebbene tanto chiaramente esposta dal dottor Simpson, fu così malintesa e male interpretata.

V'è qualche differenza circa la norma data dai differenti scrittori per la riduzione dell'utero arrovesciato durante il travaglio; giacchè alcuni pratici raccomandano il tentativo di comprimere il fondo dell'organo colle dita, e così ridurre per prima la parte che per la prima si rovesciò; altri invece consigliano di afferrare l'utero colle dita, e, mentre lo si comprime per quanto è possibile, spingerlo all'insù entro alla bocca dell'utero od a quella parte che lo rappresenta o così restituirlo a suo posto. Presumo che questi diversi precetti implichino l'esistenza nell'un caso della condizione molle e flaccida dell'utero, nell'altro, di uno stato di resistenza o contrazione relativa; e secondo che esista quello o questo stato, debba impiegarsi vantaggiosamente il primo o secondo modo di manipolazione. Nel gran numero dei casi, in cui l'utero fu ridotto dopo il lasso di qualche tempo, sembra che ancora persistesse questo stato di rilasciamento dell'utero, che deve facilitare assai il tentativo. Così in un caso riportato dal dottor Borggreve, e riferito da Kiwisc (*) la pressione continuata col mezzo di un lungo pessario assicurato all'esterno con una fascia a T, ridusse l'utero in tre giorni, essendone stato cominciato l'uso il 4.^o giorno dopo il parto. Un apparecchio simile riesci nel caso del dottor Smart (**), l'utero essendo da tre settimane arrovesciato quando si cominciò ad usarne. Il dottor White di Buffalo negli Stati Uniti (***)

(*) Op. cit. vol. I, pag. 251 dalla *Med. Zeitung*, 1841. N. XXIII.

(**) *American Journal of Med. Science*, 1835, vol. XVI, pag. 81.

(***) *Ibid.* Luglio 1858, pag. 13.

ridusse l'utero al 7 giorno o il dottor Mendenhall (*) il 16° giorno dopo il parto con maneggi assistiti dall'uso di una grossa sonda ret-tale, la paziente essendo in ambo i casi parzialmente sotto l'influenza del clorofornio. La malata del dottor White però morì per gli effetti della previa emorragia. Nel caso del dottor Belcombe (**) si trovò l'utero 12 settimane dopo il parto in forma di una lunga borsa sfor-rica; e nella paziente del dottor Miller (***) alla fine di tre mesi lasciava parimenti passare con facilità due dita entro la sua cavità. Tale pure deve essere stata la condizione dell'utero nei due casi (****) (se li riconosciamo non troppo meravigliosi per esser creduti), in cui una caduta sullo natiche ridusse istantaneamente l'utero quantunque fosse in un caso arrovesciato da sei mesi e nel- l'altro da otto anni.

Fino a questi ultimi tempi la riduzione dell'ntero dopo un lungo rovesciamento, e quando è già ridotto a piccole dimensioni, si ri-guardava quasi per una impossibilità, ed alcuni dei pochi casi, di cui si asseriva il successo, erano almeno di dubbia autenticità. Però il dottor White di Buffalo imbaldanzito dal suo successo nel ridurre l'utero al 7° giorno dopo il parto, come già dissi, ripeté gli stessi maneggi con un risultato egualmente felice in un altro caso, in cui l'inversione esi- steva da sei mesi (*****). Il dottor Barrier (*****) riescì ad una ridu- zione alla fine di 15 mesi, e il dottor White (*****) pubblicò un altro caso in cui, egli ridusse l'utero dopo 15 anni sebbene la pa- ziente morisse di peritonite 16 giorni dopo. In questi casi le pazienti furono poste sotto l'influenza del clorofornio, ma gli sforzi per ri- durro l'utero vennero fatti in modo continuo colla mano aiutata dalla pressione di una grossa sonda. A questi processi alquanto vio- lenti il dottor Tyler Smith sostituì, con molto genio inventivo, un metodo più mite, che nelle sue mani riescì perfettamente, avendo egli col suo mezzo ridotto l'utero inverso dopo l'intervallo di quasi 12 anni (*****). Egli adottò il sistema di mantenere una pressione costante col mezzo di un pessario ad aria in vagina, mentre due volte al giorno e per dieci minuti ad ogni volta si facevano colla mano ten- tativi per restituire il viscere alla sua propria posizione. Nel corso di pochi giorni la bocca dell'utero, dapprima assai piccola e rigida, sembrò essersi un po' dilatata ed essersi fatta un po' codevole. Però non parve si producesse gran cangiamento fin circa all'8°, o 9° giorno, quando dopo una notte di vivo dolore uterino si trovò al mattino

(*) *Cincinnati Lancet*, luglio 1859, pag. 393.

(**) *Medical Gazette*, 1841, vol. III, pag. 783.

(***) *Ed Monthly Journal*, Dec. 1851.

(****) Riportata da Dailliez, *Observations* 33 e 34 pag. 105 e 107. — Il secondo caso, ed il più degno di rimarco dei due, fu osservato da Baudeloque in persona.

(*****) Loc. cit. pag. 17.

(*****) *Archives gen. de Medecine*, maggio 1852, pag. 100.

(*****) *American Journal*, Gennaio 1859, pag. 282.

(*****) Questo caso fu riportato dal dottor Tyler Smith ad un' adunanza della So- cietà Medico-Chirurgica il 14 Aprile 1858, ed è pubblicata nel vol. XLI delle *Transa- zioni*, pag. 183.

successivo l'inversione completamente scomparsa. L'organo non mostrava disposizione a spostarsi di nuovo, sebbene come mezzo precauzionale si facesse portare un pessario ad aria per qualche tempo. Le previe emorragie profuse cessarono, la mestruazione divenne regolare, e, dopo qualche mese, la paziente godeva di salute perfetta.

Questo piano ingegnoso non fu a lungo senza imitatori. Per suo mezzo il dottor P. Teale di Leeds riuscì in tre giorni a ridurre un utero inverso da due anni e mezzo (*): io ridussi in quattro giorni il viscere che era rovesciato da quasi 12 mesi (**) e Bockenthal (***) in sette giorni un'inversione, che durava da sei anni. Bockenthal risparmiò ogni manipolazione e si limitò a mantenere una pressione continuata col mezzo di un pessario ad aria: processo che mi lasciò l'impressione d'essere probabilmente adatto a riuscire tanto bene quanto allorchè è combinato a tentativi di riduzione manuale: opinione che, in una lettera indirizzatami in proposito, il dottor Teale disse dividere meco.

È sconsigliato però il sapere che questo processo nè può essere valutato come sempre felice, nè può essere considerato sempre esente da pericolo. Aran (****) lo sperimentò e l'abbandonò, perchè lo spostarsi del pessario non solo (inconveniente che poteva evitarsi montandolo, come io feci, con un manico o legandolo con buona fascia che girava attorno all'addome) ma anche la presenza stessa dello strumento in vagina produceva dolori addominali, brividi e sintomi febbrili. Nel secondo caso pure, in cui tentai di ridurre l'utero sette mesi e mezzo dopo il parto, sebbene mi astenessi da ogni maneggio colla mano, la pressione dello strumento fu continuata dodici giorni, mentre non si riesci a ridurre l'utero, e diede origine alla peritonite di cui la paziente morì quattro giorni dopo che il pessario era stato levato. L'istromento aveva prodotto la completa dilatazione dell'orificio dell'utero, ma aveva avuto nessuna influenza sul suo fondo, giacchè il tessuto uterino al punto di inversione era duro e piegheggiato, cosicchè il dito mignolo poteva con difficoltà essere spinto nel cul di sacco formato da esso. La speranza perciò, che si aveva dapprima con questo mezzo di evitare di ricorrere ad operazioni azzardose nei casi di inversione cronica d'utero, non sembra che possa venir pienamente realizzata.

L'osservazione di alcuni casi di sopravvivenza allo strappamento dell'utero, operato da qualche persona ignorante durante il travaglio; l'accadere accidentale di casi, in cui l'utero inverso erasi sfacciatato

(*) *Medical Times*, 20 Agosto, 1859.

(**) Ibid. 29 Ottobre 1859.

(***) *Zeitschr. f. Geburtshunde*, vol. XV, pag. 313.

(****) Op. cit. pag. 917. Il successo di Noggerath di New-York (*Zeitschr. für Geburtsh.* vol. XX pag. 200) nel ridurre l'utero dopo 13 anni di inversione per maneggi della sola mano, sembrerebbe essere una prova ulteriore di quanto rendono probabile altre osservazioni, che le condizioni varianti dell'utero stesso hanno almeno altrettanto a fare colla riuscita dei tentativi per la sua riduzione, come il modo speciale di procedere a cui si ricorre.

e la paziente orasi ricuporata dall'accidente: infine la chirurgia temeraria del XVI e XVII secolo, cui parimenti contribuiscono molto i fatti e le favole di Roussel (*), avvezzarono i pratici all'idea di estirpare l'utero quando era prolassato o rovesciato irriducibilmente. Non fu però che alla fine del secolo scorso, che l'ablazione dell'utero inverso cominciò ad ammettersi come una delle operazioni di chirurgia legittima, e che le quistioni delle sue indicazioni e del miglior modo di eseguirla vennero accuratamente considerate.

Nella maggioranza dei casi le indicazioni per l'estirpazione dell'utero rovesciato vengono date dalla profusa emorragia e dalla perdita, che esaurisce le forze della paziente o ne minaccia la vita, sebbene in pochi casi, come in quello in cui Chevalier (**) esportò il viscere, l'operazione non era richiesta da pericolo attuale della vita della paziente, ma dall'eccessivo malessere, che era prodotto dal tumore pendente tra le coscie ed esposto così a tutte specie di offesa esterna. L'utero fu pure esportato in pochi casi, o immediatamente al parto, o pochi giorni dopo; ma ad eccezione di un caso (***), in cui l'organo era già passato in uno stato di caugrena, l'operazione a questo periodo recente fu dovuta all'ignoranza, o quanto meno a errore di diagnosi, e fu sempre assai pericolosa e di solito fatale.

Se limitiamo per ora la nostra attenzione ai casi, in cui l'inversione dell'utero tenne dietro al parto, troviamo che 42 su 59 casi di estirpazione d'utero ebbero risultato favorevole; 15 terminarono colla morte della paziente, e in 2, sebbene la malata sopravvivesse, pure si trovò necessario di abbandonare l'operazione (****).

(*) *Fœtus Viri ex Matre Caesura*, ecc., 8° Basileae 1332, Sectio Quarta, pagine 100-108.

(**) Riportato dal dottor Merriman nella sua *Synopsis of Difficult Parturition*, 4ª ed. Londra 1826, 8ª pag. 306. Faccio osservare che l'ultimo caso riportato di estirpazione dell'utero rovesciato da molti anni e prolasse nell'esterno riferito dal dottor Geddings di Charleston in America, a pag. 211 del vol. XXI del *Retrospecto di Ranking*, autorizza molti dubbi se sia stato poi un utero everso. La massa che venne levata era solida e senza traccia di cavità, lo non la compresi nei casi, in cui allusi. Riportai però il caso di Bexter, *Giornal medico fisico*, vol. XXV pag. 210, sebbene le obiezioni, che gli si ponno fare, son pressochè, se non affatto, dell'istessa forza.

(***) Faivre, *Journal de Médecine*, Agosto 1786, pag. 201.

(****) Relazioni di 36 dei suddetti casi son dati nello scritto eccellente sull'inversione dell'utero da Gregory Forbes, *Medical Transactions*, vol. XXXV. I rimanenti sono: — Bernhard *Lucina*, vol. 1, pag. 401. — Staub *Schweizer, Zeitschr. f. Natur und Heilkunde*, vol. III, N. 1. — Kuttler *Aestler. Jahrb.* vol. XI N. 1. — Portal, *Il Fisiatore Rebezio*, febbrajo 1841. Michalowsky, *Journal de la Société de Med. de Montpellier*, Maggio 1845. Hublier, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1848, N. 41.

Le suddette relazioni di casi, i quali tutti riescirono, sono date da Breslau nella sua dissertazione: *De totius uteri extirpatione*, Monachii 1852.

Oltre questo vi sono essi riusciti e non ricordati da Forbes o da Breslau: — Harrison, *London Med. Gazette*, Aprile 1840, pag. 151.

Thatcher, riportato da Crosse op. cit. pag. 57. L'inversione ebbe luogo in questo caso dopo l'espulsione di una massa di idatidi uterine.

Teale, *Med. Times and Gazette*, Sett. 1. 1853.

Oldham, *Guy's Hosp. Reports 3rd Series*, vol. 1, pag. 171.

Due casi del dottor Putnam e tre del dottor Channing, ricordati dal dottor C. A. Lee nell'*American Med. Journal*, Ot. 1830 pag. 313.

Dottor M. Clutock, *Clinical Memoirs on Diseases of Women*, 8° Dublin 1863, pagina 85.

La seguente tavola mostra i risultati ottenuti dai diversi metodi di eseguire l'operazione:

		Guariti	Morti	Operazione abbandonata
Utero esportato colla legatura	45	33	10	2
» » col coltello o ecraseur	5	3	2	
» » col coltello o ecraseur o legatura	9	6	3	
	59	42	15	2

Il numero dei casi, in cui si usò la legatura, è molto maggiore di quello, in cui si ebbero ricorso a qualunque altro processo operativo, da precludere qualunque buon confronto dei loro risultati: ed io non posso contribuire colla mia esperienza a decidere la questione. Può però esser degno di rimarco che in uno solo dei 5 casi di escisione dell'utero occorse qualche emorragia considerevole; in uno dei casi, che terminarono fatalmente, la morte fu cagionata unicamente da peritonite sola; nell'altro, ad onta dell'uso dell'ecraseur, l'abbondante emorragia entro il cavo addominale fu l'occasione della peritonite, per la quale soccombette la malata. Il timore dell'emorragia, che si a lungo trattenne i pratici dall'escidere i polipi, si apprese per esperienza essere in gran parte esagerato; mentre il rischio di infiammazione dell'utero per inclusione di alcune fibre entro la legatura si trovò essere reale, positivo. Devesi avvertire che, anche quando l'inversione dura da tempo, e l'utero è piccolo e fermamente contratto, e il diametro del sacco peritoneale conseguentemente è appena più largo di una penna di corvo, mentre la sensibilità della membrana sierosa fu diminuita dal prolungato mutamento ne' suoi rapporti, il rischio dell'escisione non sarebbe minore di quello della legatura dell'utero. L'ecraseur sarebbe forse preferibile all'applicazione della legatura, o vi si potrebbe ricorrere, come nel caso del dottor M. Clintok, dopo l'uso previo della legatura. Il fatto che l'ecraseur non è una salvaguardia assoluta contro l'emorragia non lo interdice l'uso, ma suggerisce puramente la necessità di molta cura o di lentezza nell'uso dello strumento.

Come era da prevedersi, il risultato di un'operazione è per molta

Vi sono inoltre sette casi infelici, in aggiunta a quelli riferiti dal dottor Forbes, cioè: —

Symonds, *Medical Gazette*, Novembre 1830.
 Meerholdt nella dissertazione di Salomone *De uteri inversione, ecc.* — Dorpat, 1836, a cui allude Breslau pag. 40 N. 49 nella sua tavola.
 Coates. — *Association Medical Journal*, Luglio 1855.
 Covellier, *Presse Medicale*, e *Schmidt Jahrbücher*, Luglio 1852, pag. 182.
 Dottor Putnam riportato dal dottor C. Lee, loc. cit.
 Dottor Channing. *ibid.*
 Aran op. cit. pag. 914.

parte modificato dal periodo, in cui viene intrapresa. Se fatta subito dopo il parto, quando l'utero è comparativamente grosso e vascolare, e la sua sensibilità squisita, le speranze di successo sono minori di quando la inversione è diventata male cronico già prima di ricorrere a specio alcuna di intervento.

*Tavola dimostrante il periodo dopo il parto
in cui venne estirpato l'utero in 55 casi.*

	Pazienti guarite	Morte	Totale
Meno di un mese	4	3	7
Fra uno e due mesi	3	—	3
2 6	3	3	6
6 12	2	4	6
12 12	10	2	12
18 18	1	—	1
2 3	5	—	5
3 4	2	—	2
4 5	4	—	4
5 6	2	—	2
6 7	2	—	2
Dopo 12 anni	1	—	1
> 14 >	—	1	1
> 15 >	—	1	1
> molti >	2	—	2
	41	14	55

Merita forse menziono che in uno dei casi, in cui l'operazione fu fatta con buon successo un mese dopo il parto, l'utero era in stato di gangrena, o che in due altri si trovava fuori dalle parti esterne: posizione in cui non fa bisogno dire esser diminuita di molto la sua sensibilità. L'ultimo caso che rimane è quello, in cui l'operazione fu eseguita da una levatrice ignorante con un rasojo, ed è un esempio del potere meraviglioso di riparazione, anche delle più gravi offese, che la natura pone in opera talvolta, più che un esempio capace di servirci di guida nella pratica.

In alcuni dei casi fatali ricordati, o probabilmente anche in altri, che non furono pubblicati, l'inversione dell'utero fu presa erroneamente per un polipo, e l'orrore fu scoperto solo dopo il sopraggiungere di sintomi formidabili di infiammazione peritoneale o dopo la morte della paziente. Donde ne deriva esser cosa di alta importanza l'accertare la natura del caso prima di tentare operazione qualunque per timore che tutto ad un tratto appaia che il male invece di essere tale, la cui ablazione è solo di poco rischio, sia in realtà tale, la cui cura venga senza eccezione accompagnata dai più gravi pericoli.

Un manco di circospezione per parte dell'escrescente è facile in molti casi d'utero inverso, in cui si commise errore di diagnosi. Pure la diagnosi fu di quando in quando resa assai difficile dalla contrazione viva dell'orificio dell'utero, attorno al corpo arrovesciato dell'utero, che ne è perciò così compresso da rassomigliare al peduncolo di un'escrescenza proveniente dall'interno dell'utero e così simulare assai un polipo. La storia della paziente in tal caso, anche se accertata accenratamente, non è assolutamente concludente, in quanto che il polipo uterino può complicare la gravidanza, e può dar origine all'emorragia dopo il parto ed anche ad un tumore, che si sente coll'esame vaginale. La sensibilità relativa di un polipo e dell'utero inverso non fornisce un criterio fidato: perchè la sensibilità di quel viscere è molte volte assai debole, e fu talo in tutti i casi, che io ebbi da osservare; mentre puossi inoltre aggiungere che non havvi tal differenza tra le apparonze dei tumori da poterne far capitale nel formare una decisione.

Il signor Arnott mi suggerì anni sono un mezzo di distinzione tra i due casi, che mi sembra meriti un ricordo. Si introduca il dito nel retto e si porti tanto in su quanto è possibile: nel girarlo, se l'utero è rovesciato il dito sarà stato spinto al disopra di esso, e facilmente verificherà l'assenza dell'organo dalla sua posizione naturale nella pelvi; se invece il tumor vaginale è un polipo si troverà probabilmente l'utero allargato, e ad ogni modo occupante la propria posizione. La sonda uterina ci fornisce un altro aiuto valevole in casi dubbj. Se esiste un polipo si troverà il cavo uterino ampliato, cosicchè la sonda penetrerà più del naturale, e si avrà probabilmente anche un senso di peso. Con questi due mezzi di esame combinati, io credo che si possa evitare un errore di diagnosi in tutti i casi d'utero rovesciati in seguito al parto.

Mi rimane ora a darvi alcuni suggerimenti in riguardo ai soli mezzi per cui puossi con sicurezza ovviare ai risultati pressochè inevitabili dell'inversione irreducibile dell'utero, o questi consistono, come sapete, nell'estirpazione del viscere, sia col coltello, sia colla legatura. E quasi superfluo dire che, siccome sono registrati alcnni pochi casi, in cui l'inversione dell'utero non fu seguita dai gravi risultati a cui in generale dà origine, così nulla, fuorchè il più ovvio pericolo della vita della malata, giustifica un'operazione così arriachiata qual'è l'estirpazione dell'utero. Ma inoltre l'occorrenza di grave emorragia, e l'apprensione del suo aumento ad ogni ritorno, non bastano a rendere necessaria un'operazione pochi mesi dopo il parto, giacchè le probabilità della guarigione della paziente sembrano crescere in proporzione della lunga durata dell'accidente. Siccome anche in qualche caso, in cui la funzione degli ovarj fu sospesa dall'allattamento, si ebbe a verificare poca perdita di sangue per parecchi mesi dopo il parto, sembra desiderabile che ogni donna soffrente di inversione irreducibile di utero debba essere eccitata ad allattare il proprio figlio affine di guadagnar tempo al succedere

di una involuzione così completa dell'utero come è possibile, prima di tentare l'operazione. Quando la frequenza del ritorno dell'emorragia, o l'abbondanza delle perdite di sangue, ha mostrato la necessità di intervenire, non si deve scegliere per l'operazione l'epoca dell'emorragia, in quantochè tali epoche corrispondono di solito ad un periodo mestruo, e la sensibilità uterina è allora generalmente maggiore. Malgrado la convenienza di questo precetto però è d'uopo ricordarsi che se l'emorragia a tal periodo minacciasse la vita o non fosse frenata dagli astringenti o dal tampone, puossi applicare come mezzo temporario la legatura con gran probabilità che la perdita ne venga frenata (*) quantunque si debba togliere la legatura qualche ora dopo.

Nell'usare della legatura a qualche cosa influisce la qualità del materiale usato. Tanto la seta come la cordicella di frusta sembrano irritare considerevolmente, e il dottor Johnson di Dublino, che in questa operazione ebbe il miglior successo d'ogni altro, preferisce una legatura di filo d'argento ben temprato e seta da dentista attortigliata assieme, come più facili a rilassarsi se troppo strette, e cagionanti meno irritazione delle legature di altre specie. Si tentò allora di ovviare il rischio dell'infiammazione coll'applicare la legatura a bel principio così stretta attorno all'utero rovesciato da strangolarlo subito completamente. Questo procedere, però, mentre produce intenso dolore, non sembra abbia l'effetto desiderato; e sembra preferibile il piano di applicare la legatura comparativamente lassa per stringerla gradualmente di giorno in giorno a misura che la paziente è capace di sopportarla.

La grande prostrazione ed il forte dolore, che accompagnano d'ordinario la prima applicazione della legatura, sarebbe probabilmente ovviata in gran parte dall'uso del cloroformio; la susseguente sopravvenienza di sintomi infiammatorii sembra richiedere il rilasciamento immediato dell'allacciatura, o può necessitarne il completo abbandono. Dopo che la legatura ha effettuato per metà circa la divisione della parto, non sembra esservi alcuna sorta di obbiezione a completare l'operazione col coltello o colla forbice, ma la doppia operazione di applicare una legatura serrata ed escidero immediatamente l'utero, non sembra così sicura, come il processo della legatura o quello del coltello solo. Ho già detta la mia opinione però, che la sostituzione dell'*écraseur* al coltello, e il suo uso dietro la preventiva applicazione della legatura, si troverà, come farebbero credere i casi del dottor M. Clintoek, esser il modo più sicuro di procedere.

Poche parole dei casi, in cui la presenza di un polipo nella cavità dell'utero condusse all'inversione del viscere; accidente, il quale seb-

(*) Questo risultato avvenne nel secondo caso del dottor Johnson, coll'effetto di fermar l'emorragia, cinque settimane prima che l'organo fosse estirpato. Vedi il suo scritto nel vol. III dei *Dublin Hospital Reports*.

bene forse non raro, fu però notato meno di frequente del rovesciamento dell'utero in seguito al parto. Il molto volume dell'escrescenza, la presenza di più tumori assieme all'origine del polipo dal fondo dell'utero, sono le condizioni che si trovano nel maggior numero dei casi, in cui si verificò questo accidente. Queste però non sono costanti perchè un piccol tumore bastò a rovesciar l'utero (*) mentre l'inserzione del peduncolo del polipo al fondo dell'utero è comune al gran numero di queste escrescenze: e il grosso volume del tumore o la presenza di parecchi tumori non è caso raro, senza che vi sia alcuna disposizione all'inversione dell'utero. L'accidente pare sia avvenuto per polipi d'ogni genere, per tumori molli, maligni o pseudo maligni, come anche per quelli di tessitura fibrosa, o che possono supporre escrescenze vere del tessuto uterino; ed io non so che in alcun caso sia stata fatta l'osservazione di qualche rapporto speciale esistente tra la sostanza dell'utero e quella del tumore. Nel maggior numero dei casi, credo, in cui si diede qualche storia definita dell'antecedente condizione della malata, si dice che dolori espulsivi violenti precedettero l'inversione dell'utero. Non ho bisogno di dire però, che gli sforzi espulsivi violenti sono compagni troppo frequenti dell'espulsione di un polipo in vagina per dar loro molto valor diagnostico, mentre in un caso rimarchevole che capitò sotto la mia osservazione, l'espulsione del polipo, e l'inversione dell'utero ebbero luogo quando i vivi dolori previi erano quasi completamente ceduti.

In altri riguardi i sintomi d'inversione d'utero, complicante il polipo, non presentano alcun che di particolare — leucorrea, menorragia, ed emorragie esaurienti accadendo in casi di ordinarii tumori fibrosi o polipi tanto di frequente e in sì gran copia, mentre l'utero conserva la sua posizione normale, quanto allorchè l'organo è rovesciato.

Dal punto di vista pratico ciò che ci importa di ricordare è: 1° la possibilità che questo accidente avvenga in qualunque caso di polipo sorgente dalla cavità dell'utero, e l'esservi ragione speciale di sospettarlo, quando sforzi espulsivi considerevoli o prolungati precedettero la discesa del polipo in vagina; 2° prima di legare o esportare qualche polipo, che sia assai grosso o il cui sviluppo sia stato accompagnato da tali sintomi, essere conveniente cosa assicurarsi col mezzo della sonda delle dimensioni esatte della cavità uterina, onde non togliere o legare inconsciamente la sostanza dell'utero invece del peduncolo del tumore. Se puossi verificare che l'utero è rovesciato, io crederei miglior consiglio escidere il polipo abbastanza in basso da schivare ogni rischio di seriamente ferire l'utero, e poi cercare di ridurre l'organo; tentativo, la cui impraticabilità sembra sia stata non di rado presunta dietro motivi insufficienti, e che riuscì colla più gran facilità nel mio caso.

(*) Un illustrazione rimarchevole di questo caso è data da Crosse op. cit. pag. 47 e tavola VIII da una preparazione nel museo del Collegio Reale dei Chirurghi di Dublino; il tumore, che aveva prodotto l'inversione completa dell'utero, superava di poco il volume di una castagna.

Infine devesi ricordare che l'utero può rovesciarsi per trazioni fatte sul polipo nei tentativi di stirarlo abbastanza in basso per l'escisione. Non credo infatti vi sia di ciò molto rischio nel caso di polipi di volume ordinario; ma i casi riportati da Amussat ed uno che accadde ancor più recentemente nella pratica di Johnson di Norwieh (*) mostrano che, quando il tumore è assai grosso, quest'accidente avviene assai facilmente.

Una parola o due prima di chiudere questa lezione ponno aggiungersi a proposito di una forma di spostamento uterino che ha nessuna importanza pratica, tranne quella di ajutar talora a rischiarare la natura dei mali di una paziente, forse diversamente oscuri. Gli antichi immaginarono, come forse sapete, che la speciale sensazione di soffocazione, il globo isterico, di cui spesso soffrono le donne, dovevasi ad una ascesa reale dell'utero dalla sua naturale posizione entro la pelvi. Affino di affrettarne il ritorno a suo posto, per una curiosa combinazione di ricompensa o punizione usavano impiegare le fumigazioni aromatiche alla vulva, mentre che gomme fetide ed altre medicine di gusto cattivo venivano amministrate per bocca. Questa pratica, con molte altre assurdità dei tempi trascorsi, è svanita, ma un vestigio di questa teoria rimane tuttora, perchè da alcuni scrittori del continente viene asserito (**) che le contrazioni dei legamenti uterini, e, come alcuni dicono, del peritoneo, innalzano l'utero dalla sua posizione e così danno una ragione meccanica positiva delle spiacevoli sensazioni pelviche, di cui spesso si lagnano le pazienti isteriche. Per parte mia nè ammetto la spiegazione, nè credo il fatto. Si dico pure che la gran difficoltà di arrivare alla bocca dell'utero nella vecchiaia più che nell'età del vigore sessuale, e il restringersi della parto superiore della vagina, che allora si osserva, devonsi ad una elevazione reale del viscerò nell'età avanzata. Questo mi pare però sommamente improbabile e problematico. Sappiamo che l'utero si atrofizza, che per l'istessa ragione la sporgenza della cervice in vagina scompare pure, che anche la vagina si atrofizza, e che se l'utero per l'infacciamento de' suoi sostegni non si abbassa, distendendo così la vagina, il diametro di quel canale diverrà più ristretto di prima. Sono imbarazzato a comprendere quali cause agenti nella vecchiaia ponno realmente tendere ad alzar l'utero più in alto di prima; nè in fatto sono convinto che realmente abbia luogo tale elevazione dell'organo.

Ma sebbene l'innalzamento dell'utero non richieda d'esser notato come una condizione per sè producente sintomi definiti, è però importante fissarsi in mente le diverse circostanze, in cui probabilmente troveremo l'organo in una posizione più alta dell'usuale:

1° è un compagno patologico di gravidanza dal quarto circa all'ottavo mese, si rimarca specialmente nella prima gravidanza, ed è talora

(*) Vedi Crosse, op. cit. pag. 52.

(**) Busch *Geschlechtsleben des Weibes*, vol. III, pag. 473.

così marcato da render assai difficile il giungere alla bocca dell'utero. Prestando mediocre attenzione però alla storia della paziente e considerazione a tutte le circostanze del caso, le particolarità offerte dalla bocca dell'utero gestante mancheranno di rado dal farci evitare il pratico errore:

2° quando esiste un grado considerevole di strettezza pelvica, la mancanza di spazio obbliga spesso tanto l'utero che la vescica a restare al disopra del distretto superiore: circostanza, a cui debbesi di spesso molta della difficoltà dell'operazione della craniotomia:

3° nei casi di infiammazione del tessuto cellulare pelvico o di quello tra le pieghe del legamento largo, l'utero si trova spesso assai in alto, così che il suo orificio si tocca con difficoltà. Questo cambiamento nella posizione dell'organo inoltre non debbesi necessariamente alla formazione di un tumore situato più in basso nella cavità pelvica, il quale lo innalzi al di sopra della posizione naturale, sebbene possa difatto prodursi in quel modo; ma può dipendere da un effettivo stiramento dell'utero all'insù a cagione dei tessuti infiammati.

4° in un gran numero di casi di idrope ovarica, la cisti a misura che s'innalza fuori della pelvi, tira seco l'utero talora anche assai al disopra della sua posizione naturale. Nei casi, in cui nasce questione se una raccolta di fluido nella cavità addominale sia dovuta ad ascito o ad idrope ovarica, i rapporti dell'utero ci aiutano spesso per arrivare ad una conclusione corretta, perchè l'organo che di solito è tirato in alto nell'idrope ovarica, è generalmente depresso al disotto della sua posizione ordinaria in caso di ascite. Accade più spesso dubitando della natura di tumore non fluttuante, non si è certi se sia uterino o ovarico. Qualunque considerevole elevazione dell'utero è più spesso dovuta a degenerazione ovarica che a tumore dell'utero:

5° per ultimo, in pochi casi i tumori fibrosi dell'utero crescendo di volume innalzano l'organo più e più fuori della portata del dito. Infatti nei casi, in cui l'utero è la sede di parecchi tumori fibrosi, alcuni dei quali hanno raggiunto un volume ragguardevole, nulla vi ha di più comune che di trovare l'organo tanto spostato da rinvenire la bocca collocata in alto dietro l'uno o l'altro lato del ramo del pube. Ma oltre questi casi, in cui le escrescenze solide irregolari sontite dalla vagina non lasciano campo ad incertezza, vi sono alcuni pochi casi eccezionali, in cui un sol tumor fibroso della parete uterina, senza produrro nell'organo deformità apprezzabile dalla vagina, lo solleva col progresso del suo sviluppo in alto fuori della cavità pelvica. In questo processo però la cervice dell'utero molto allungata partecipa pochissimo all'aumento del corpo dell'organo, ma viene stirata meccanicamente, finchè arriva talora alla lunghezza di parecchi centimetri (*). Qualc risultato di ciò le labbra della bocca

(*) Come nel caso assai rimarchevole descritto e disegnato dal professor Walter di

dell'utero diventano assai sottili, o scompajono quasi interamente, lasciando alla bocca un'orificio fatto ad imbuto con margini quasi membranosi, con allungamento e restringimento del canal cervicale. Quando è stirato all'insù dall'ovario ingrossato, la trazione si fa sul corpo, non sul collo dell'utero, e quindi non si produce alcun cambiamento nel carattere delle labbra e dell'orificio dell'utero.

Con questi suggerimenti, forse non senza scopo nella diagnosi delle affezioni uterine, possiamo dar fine al soggetto delle viziate posizioni dell'utero, per incominciare nella prossima lezione lo studio di un'altra classe molto importante di sue malattie.

Dorpat, in cui la cervice era lunga 7 centimetri, e appena era percettibile indicazione alcuna delle labbra uterine. Vedi pag. 10 del suo saggio *Ueber Fibröse Körper der Gebärmutter*, 4^a Dorpat 1852.

LEZIONE XIV

TUMORI ED ESCRESCENZE DELL'UTERO

Loro produzione connessa con tendenza dell'utero all'ipertrofia generale. —
Eserescenze della membrana mucosa o *polipi mucosi*: loro forma più semplice. —
Polipi fibro-cellulari. — *Polipi glandulari* da ipertrofia dei follicoli uterini. —
Ingrossamento cistico dei follicoli della cervice, o *cisti mucose dell'utero*.
Sintomi di queste affezioni: natura ed origine dell'emorragia che provocano. — Dia-
gnosi — Trattamento.
Polipo fibrinoso, sua natura; analogia con altre effusioni di sangue croniche. — Nota
su qualche altra asserita varietà presunta di polipo.

Nel corso delle precedenti lezioni riportai più e più volte, con una ripetizione che non mancò di essere noiosa, il rapido aumento dell'utero sotto l'influenza di cause eccitanti assai varie. Abbiamo visto che di rado l'infiammazione, procedendo, addiuvine alla produzione delle sue conseguenze ordinarie, la suppurazione o l'effusione di linfa. L'ascesso dell'utero è un'accidente così raro, che quando lo si riscontra non manca di essere ricordato tra quello che gli antichi scrittori usavano chiamare *Curiosa medica*; e l'effusione di linfa entro il tessuto dell'organo è presunta in appoggio a certe ipotesi fisio-patologiche piuttosto che attualmente dimostrata.

Infatti, eccetto dopo il travaglio di parto o d'aborto, quando il tessuto dell'utero passa fisiologicamente per cangiamenti simili a quelli che l'infiammazione tende a produrre, quasi mai il processo di malattia si manifesta nelle sue forme acute, o con gravezza pericolosa, mentre anche allora, il rivestimento sieroso dell'organo o la membrana interna delle sue vene, è in generale la parte che offre tracce del danno più serio. Spesso anche i segni d'infiammazione, che appaiono a queste epoche, mostrano di essere sintomatici

meno dell'affezione dello stesso utero che delle sue dipendenze o del tessuto cellulare, che sta nelle sue vicinanze o che connette assieme i differenti visceri pelvici. Allo stesso tempo però si trova che le cause conculcenti in altri organi all'infiammazione, nel caso dell'utero, producono la sua ipertrofia. Aumenta per l'afflusso frequente di sangue verso di esso, che produce molte forme di disordine mestruo; rimane permanentemente ingrossato per deficiente involuzione dopo il parto; si ingrossa se flessò o spostato, e il suo prollasso lo fa in molti casi crescere più del doppio del suo volume.

Ma l'ipertrofia dell'utero non solo è più frequente che l'ipertrofia di qualunque altro viscere, ma ciascuno de' suoi tessuti componenti è soggetto a simile sviluppo eccessivo, non regolare invero ed eguale, ma qua e colà in varie parti costituenti tumori ed escrescenze, che si incontrano più spesso in questo che in ogni altra parte, e della cui frequenza le particolarità fisiologiche dell'utero forniscono la sola spiegazione. La membrana mucosa della cavità uterina subisce, come vedemmo già, un'ipertrofia accidentale in alcuni disordini mestrui, viene distaccata in certe occasioni in accordo colle leggi, che regolano il suo sviluppo in istato di salute, e per influenza della gestazione. Ma la membrana mucosa della cervice uterina talora diventa ipertrofica, e tali ipertrofie non sono decise, ma prendono la forma sia di una piega distinta dell'orificio dell'utero (*) sia più di spesso di piccolo escrescenze distinte o pendule. Talora la miscela di una quantità di tessuto cellulare, maggiore dell'usuale, dà a queste produzioni un volume maggiore di quello che raggiungono, quando sono esclusivamente composti di membrana mucosa. Talora lo stesso processo di formazione attacca la struttura cellulare del collo, ed allora si produce una forma particolare di escrescenza, chiamata polipo cellulare o glanduloso della cervice dell'utero. Se non solo di questi follicoli cresce a spese degli altri e senza una ipertrofia corrispondente della struttura cellulare o della membrana mucosa, si producono allora quelle cisti del collo dell'utero, la cui natura e modo di formazione erano una volta sì poco conosciute. Infine se lo stesso processo involge la sostanza propria dell'utero, troviamo allora i così detti tumori fibrosi dell'utero, a questo identici per la loro intima struttura, diversi solo in questo che non si sviluppano in rapporto col contorno generale dell'organo, in cui originano, ma sorgendo da vari centri, crescono senza simmetria verso la sua superficie o interna od esterna, e producono sintomi, che variano secondo la sede e la rapidità di loro formazione.

A riguardo di queste ed altre varietà di produzioni dell'utero, non è affatto privo d'importanza osservare che l'epoca della loro comparsa è appunto quella, in cui tutti i cangiamen^{ti} fisiologici nel viscere procedono colla maggiore attività, e che si trovano di raro

(*) Come fu bene delineato dal dottor Tyler nella tavola IX del suo Saggio, nella *Med. Chirurg. Transactions*, vol. XXXV.

tanto all'età decrepita che nella prima gioventù. Lo stesso fatto inoltre si verifica in gran parte a riguardo di un'altra gran classe di malattie d'utero; quolle cioè di carattere maligno. Questo pure accadono principalmente all'epoca dell'attività sessuale, e sembrano in nesso, come nel caso delle mammelle, colle grandi fluttuazioni di sviluppo e d'attività che si succedono in quelle parti entro intervalli assai brevi.

Avendo così premesso una suggestione, che può forse spiegare in gran parte la facilità singolare dell'utero a varii tumori ed escrescenze, mi propongo di esaminarne ciascuna specie, di seguito cominciando da quelle di carattere più semplice, cioè escrescenza della membrana mucosa uterina, o polipi mucosi degli autori di malattie femminili (*).

Questi appajono in generale come piccole escrescenze delle pieghe del così detto *arbor vitae*, varianti da un centimetro ad uno e mezzo in lunghezza di circa mezzo centimetro in grossezza, mentre il peduncolo, con cui sono connessi alla membrana mucosa, è in generale assai sottile, sebbene anche assai corto. Sembra che in origine siano duplicature della membrana mucosa di grossezza eguale dappertutto e che la graduale costrizione del loro peduncolo sia il processo per cui la natura se ne libera, appunto cogli stessi mezzi, coi quali le cartilagini mobili dell'articolazione del ginocchio si distaccano a gradi dalle loro connessioni colla membrana sinoviale, donde in origine provennero. Sono di solito di una tinta rossa viva, ben forniti di una rete di vasi fini, e consistono esclusivamente di membrana mucosa con piccola miscela di tessuto cellulare. La sede di questi corpiccioli è quasi sempre il canal cervicale, e ponno sorgere da qualunque parte di esso, sebbene di solito siano più vicini all'orificio esterno che all'interno, e talora trovansi una escrescenza isolata di questa specie entro la cavità uterina affatto nella sua parte inferiore. Sebbene in generale pedunculato, come ora si disse, sono talora sessili, di forma più schiacciata, ed aderenti alla membrana mucosa per tutta la lunghezza di una delle loro superficie. Talora inoltre non prendono la forma di escrescenza distinta, ma sembrano quasi pieghe ipertrofiche dell'*arbor vitae*, aventi gli stessi rapporti colle pareti della cervice, come l'hanno le colonne carnosose alla parete del cuore.

Talora queste produzioni sono solitarie, ma è altrettanto frequente che due o tre si trovino nella stessa paziente; hanno inoltre disposizione a riprodursi, o almeno si formano successivamente, cosicchè non è raro che in una paziente, da cui furono una volta esportate, si richieda di ripetere l'operazione dopo il lasso di pochi mesi. Ne vidi coesistere con tumori fibrosi dell'utero, ma credo che ciò sia

(*) Polipi papillari di Hirsch, il cui Saggio *Über die Histologie und Formen der Uterus-Polipen*, 8 Giessen, 1855, è una ricca contribuzione a questo punto di anatomia patologica.

effetto di pura coincidenza, e non ebbi mai ragione di considerarli come precursori di malattia maligna, quantunque il fu dottor Montgomery di Dublino (*) credesse ciò non raro nelle vecchie.

Queste produzioni, che sono semplici escrescenze della membrana mucosa, non superano le assai piccole dimensioni che dissi or ora. Talvolta però entra nella loro composizione una maggior quantità di tessuto cellulare, e allora acquistano un volume maggiore, e pendono giù dalla bocca dell'utero in vagina. Sono spesso del volume di un piccolo fico di forma piatta, e si trovano formati da tessuto fibro-cellulare, forniti di un involuero di membrana mucosa, mentre non provengono esclusivamente dalla cervice, ma talora hanno la loro origine anche nell'interno della cavità dell'utero.

Più frequenti di questi sono i polipi di struttura più complessa, nella cui formazione entra non solo la membrana mucosa dell'utero o il suo tessuto fibro-cellulare ipertrofico, ma anche i grossi follicoli mucosi della cervice. Questi polipi prendono diverse forme, essendo talora pedunculati, con peduncolo talora di lunghezza considerevole: altre volte sembrano come escrescenze continue della superficie interna dell'uno o dell'altro labbro uterino, più spesso io credo dell'anteriore. Nel tagliarli si vede subito più marcata la loro particolarità, perchè si trovano contenere una gran quantità di materia tonace, trasparente, albuminosa, precisamente simile a quella secreta dalle glandule Nabotiane. Talora, quando il volume è ancor piccolo, vescicole varianti in volume da un pisello ad un fagiolo piene di questa materia albuminosa compongono il maggior volume del tumore, le loro pareti sono ancora in parte trasparenti, ma prontamente discernibili sotto la delicata membrana mucosa, con cui è ricoperto il tutto. Però in altri casi e, generalmente, quando la grossezza dell'escrescenza eccede il volume dell'ultima falange del pollice, le vescichette non sono così distinte, sebbene la struttura sia egualmente caratteristica. Nel mezzo del molle tessuto fibro-cellulare, che entra nella composizione del tumore, vi sono numerosi canali, le cui pareti sono di struttura più compatta, disposti longitudinalmente a fianco gli uni agli altri, alcuni di essi comunicanti tra loro verso il peduncolo, ma non per rami trasversi. Questi canali sono tutti diretti verso la superficie del tumore, dove taluni di essi terminano in fondi ciechi. Altri terminano in aperture, per la maggior parte, di forma ovale o sempre più piccole del calibro dello stesso tubo. La loro lunghezza non è uniforme, quindi ne risulta che il tumore ha una superficie particolare ineguale, quasi lobulata, assomigliante assai in questo riguardo ad una tonsilla ipertrofica. Essi sono ripieni della stessa sostanza albuminosa, che è contenuta nelle vescichette delle piccole escrescenze ricordate più sopra, e la loro origine sembra essere la stessa, cioè i follicoli mucosi del collo dell'utero. Il lungo

(*) In uno scritto di vaglia sul *Polipo dell'Utero*, nel giornale di Scienza medica di Dublino, per l'agosto 1816.

peduncolo, di cui sono talvolta fornite queste produzioni (*) non contiene alcun follicolo ipertrofico, ma è interamente composto di tessuto fibro-cellulare. In genere però il peduncolo è assai corto, e il punto d'origine dell'escrescenza è situato molto in basso nel canal cervicale. Sebbene abbondantemente forniti di vasi, queste produzioni non presentano in generale una gran vascolarità alla superficie, e sull'autorità di Virchow (**) ponno dirsi composte di tessuto cellulare stipato coperto da uno strato grosso di epitelio pavimentoso.

Finalmente, in nesso a questa classe di mali, debbesi menzionare l'occasionale ingrossamento dei follicoli della cervice dell'utero, non connesso a qualche escrescenza del tessuto proprio, o ipertrofia della sua membrana mucosa, avente la forma di cisti, il cui sviluppo ha luogo a spese della sostanza uterina. Talora anche, sebbene io creda non avvenga nel maggior numero di casi, queste cisti, o vescicole sono affatto formazioni nuove, e non prodotte da ingrossamento semplice dei follicoli occlusi. Tale almeno è la conclusione, che ci conduce ad adottare l'esame microscopico della loro struttura. Nell'esaminare l'utero dopo morto, non è raro vedere parecchie vescicole della grossezza di un pisello adagiate tra le pieghe dell'*arbor-vitæ*, ma appena appena sporgenti oltre il livello della mucosa. Tal grossezza può esser però anche maggiore. Nell'utero di una donna di 29 anni, che non presentava apparenza di malattia, tutte le glandule Nabotiane erano assai sviluppate, e tutto il canal cervicale era pieno della loro secrezione, mentre alla parte superiore della cervice dell'utero v'era una di queste cisti grosse come un fagiolo, distesa da materia albuminosa, e che pel suo aumento aveva prodotto l'assorbimento di quasi tutta la parete uterina, la quale aveva appena una linea in spessore. La cisti aveva prodotto un grado di gonfiore all'esterno dell'assottigliata parete uterina, che doveva esser stata palese durante la vita, per cui io credo avere una o due volte riconosciuta quest'affezione, che poteva senza gli altri sintomi esser presa per un tumor solido del collo dell'utero (**).

Quantunque ne abbia in pratica trovati molti casi, pure conservo nota di soli 23 casi di queste varietà di polipi uterini, circostanza facilmente spiegabile dalla pronta e facile esportazione loro con una operazione semplice e leggiera. Dei 23 casi 5 occorsero in donne nubili, 18 in donne maritate, 12 delle quali con figli a termine, 1 aveva abortito parecchie volte, e 5 non erano mai state gravide.

(*) Vedi Boivin e Dugès, ecc. *Maladies de l'Uterus*, Atlante, tavola XVII, fig. 2 e tavola XIX fig. 2.

(**) *Archiv. für Pathol. und Physiologie*, vol. VII, 1854 pag. 164 e tavola II, fig. 5 e 6. Una buona descrizione dei caratteri generali di questa specie di polipo e un diagramma della sua struttura sono dati dal dottor Oldham, (*Guy's Hospital Reports* 2 serie vol. II). Fu pure ben descritto da Huguier nelle *Memoires de la Société de Chirurgie*, Parigi vol. 1 1847. pag. 35.

(***) Uno scritto accurato su tal soggetto con parecchi disegni illustrativi fu pubblicato da Huguier nel primo volume delle *Memoires de la Société de Chirurgie* pag. 241-256 e tavole I e III. Le altre parti di questa memoria saranno richiamate più sotto.

L'età della paziente più giovane era di 23 anni, delle più vecchie era di 57, e l'età media di tutte era di 40 anni. I sintomi che indussero le pazienti a cercare soccorso medico esistevano da tempo variante fra 3 mesi e 4 anni, ed erano in ogni caso assai simili in natura, sebbene varii assai di grado. Esisteva o perdita leucorroica o emorragia o l'una e l'altra insieme; cui s'aggiungevano talora, sebbene non sempre, dolori espulsivi.

Una o due volte scoppiò accidentalmente piccoli polipi in easi, in cui non avevano prodotto sintomo alcuno. Questo è però non comune perchè l'emorragia è generalmente presente, quantunque la sua quantità sembra essere in gran parte dipendente dai rapporti del polipo col canal cervicale, essendo in generale più forte se l'escrescenza è rinchiusa entro le labbra della bocca dell'utero, che non quando essa protrude dallo labbra e pende giù in vagina. Questo infatti è ciò che doveva aspettarsi in anticipazione, e serve a spiegare l'istoria che le pazienti danno talora di sè, cioè l'emorragia esser stata una volta profusa, alla fine esser diminuita di molto od anche intoramente cessata. L'influenza di questi piccoli polipi a produrre irritazione uterina è talvolta dimostrata dall'originare essi un notevole allargamento del collo dell'utero, ed un grado di durezza conseguente all'ingorgo della parte da considerevole afflusso di sangue; condizione che può condurre il pratico, se non è guardingo, a perder di vista la vera natura del male, o supporre di aver a che fare con ipertrofia e indurimento, quale risultato di pregressa infiammazione del collo dell'utero. Questo fatto istesso spiega anche perchè non polipo comparativamente grosso, che pende in vagina, possa trovarsi senza emorragia concomitante, mentre un'assai piccola escrescenza compresa ancora entro il collo dell'utero può occasionare emorragia formidabile.

Questi fatti semplici indicano, io credo, la soluzione di una questione assai dibattuta circa l'origine dell'emorragia in queste ed altre varietà di polipi e tumori uterini. Le produzioni sono ben fornite di vasi; se ferite danno sangue; se tagliate, l'emorragia del peduncolo è talora grave e perfino pericolosa; pure ogni prova conferma che è piuttosto dall'utero che dall'escrescenza che fluisce l'emorragia principale, e che l'emorragia è proporzionata meno al volume dell'escrescenza che all'intimità dei rapporti tra essa o l'utero. Di ciò vidi anni sono un bell'esempio. Capitò in mia cura una donna, che da tre anni soffriva di emorragie assai copiose, che avevano cessato senza causa nota tre mesi prima ch'io la vedessi. La non comparsa dei mestrui per tal periodo non attirò, come avrebbe dovuto, la mia attenzione; e di conseguenza io eceisi un polipo fibroso del volume di un piccolo uovo di gallina, che cresceva su corto peduncolo dall'utero. Emorragia copiosa seguì all'operazione, ma nessun altro sintomo strano; e sei mesi dopo la malata partorì a pieno termine di gravidanza. Non riporto il caso ora per le conclusioni da trarne riguardo l'assoluta necessità di usare attenzione nella diagnosi, ma

perchè spiega assai bene la sorgente, dondo fluiva l'abbondante emorragia. Per tre anni il polipo irritò l'utero e il sangue ne scaturiva in copia. Ebbe luogo la gravidanza, v'ora accresciuta il flusso di sangue verso l'utero, il polipo deve aver piuttosto guadagnato che perduto in vascolarità, ma non si ebbe perdita di sangue. La cavità uterina essendo allora tappezzata dalla decidua e il suo canal cervicale occupato dal tampone mucoso secreto dalle ghiandole Nabotiane, e difeso così da irritazione, cessò l'emorragia della sua superficie e solo la leucorrea continuò qual prova della presenza del tumore.

La struttura del polipo influisce per altro anco sulla natura dei sintomi, sulla produzione e, più ancora, sulla quantità della perdita sanguigna. Quei polipi, che offrono la struttura composta dovuta ad ingrossamento delle ghiandole Nabotiane, sono sempre associati a leucorrea copiosa: circostanze facilmente spiegabile, se riflettiamo che la formazione del tumore è in relazione ad uno stato di iper-nutrizione e maggior attività dell'intero apparato secretore del collo dell'utero. La loro vascolarità essendo minore di quella dei piccoli polipi mucosi, essi sono eziandio più spesso esenti da emorragia, mentre, come poteva attendersi, l'emorragia manca di solito quando prendono la forma di escrescenze dell'interna superficie dell'uno o l'altro labbro uterino, giacchè in tal caso il canal uterino è quasi interamente sottratto ad irritazione diretta.

Non so se questi tumori abbiano qualche influenza speciale sfavorevole alla concezione, sebbene non vi sia dubbio che la vera specie dei sintomi, a cui danno origine, è di natura da diminuire la probabilità di gravidanza. Esportai una volta un polipo composto di ghiandole Nabotiane, ingrossate del volume di una mandorla dolce, dal labbro anteriore dell'utero di una giovane donna, che aveva vissuto più di 18 mesi in matrimonio sterile, ma che divenne gravida un mese dopo, e si sgravò di un figlio vivo a termine. Qui però i rapporti del tumore erano tali da restringere meccanicamente e quasi chiudero l'orificio uterino.

L'ingrossamento di uno o più follicoli della cervice in modo da formare cisti distinte nella sostanza uterina è caso raro. Nei pochi casi, che osservai, si ebbe sempre una perdita albuminosa profusa, non frenata da cura, e nemmeno dall'applicazione copiosa del nitrato d'argento entro il canal vaginale. In uno o due casi sentii alla parte superiore della cervice un piccolo nodulo, che poteva esser facilmente preso per un piccolo tumore fibroso, ma che poteva essere diagnosticato dal suo cedere leggermente ad una forte pressione, e dall'essere il suo volume non sempre lo stesso a diverse epoche. Non trovai queste cisti associate alla menorragia, sebbene tal sintomo si riscontrasse in alcuni casi riportati nel saggio di Huguier su tale affezione.

Non conosco difficoltà speciali circa la diagnosi di queste produzioni, nè regole particolari da eseguirsi per evitare gli errori. I po-

lipi assai piccoli sono talora appena percettibili col dito, e già dissi dell'ingrossamento della cervice, che talora inducono, e che può facilmente sviare gli incauti. Però il solo precetto di guida pratica che può darsi è questo: che in nessun caso di menorragia, che dura da tempo, dobbiamo accontentarci della sola esplorazione digitale, ma dobbiamo usare sempre lo specolo; e, inoltre, se non si arriva con esso a conclusione soddisfacente, dobbiamo dilatare l'orifizio dell'utero con tente di spugna cerata, affine di ridurre il canal vaginale in modo che possa essere esaminato col dito e collo specolo. Se non si prendono queste precauzioni, la paziente, che noi non sepimo guarire, può mettersi in cura di pratico più diligente, il quale subito scoprirà la causa dei sintomi che accusa, e la guarirà con una cura estremamente semplice.

In generale nulla è più facile che l'esportazione di queste piccole escrescenze. Le più piccole possono esportarsi afferrandole con una lunga pinzetta, e strappandole per attorcigliamento, mentre quelle un po' più grosse, dopo averle torte per prevenire il pericolo d'emorragia, ponno esser tagliate colla forbice. In far ciò si deve sempre usare lo specolo bivalve (71) e tanto la pinzetta che la forbice sono fatte espressamente in modo da poter lavorare facilmente entro lo specolo. Il tentarne l'esportazione col mezzo della pinzetta o forbice sulla guida semplicemente della mano, è al più un metodo rozzo di procedere, mentre inoltre il rischio d'emorragia è maggiore di quello che sarebbe se, dopo l'esportazione del polipo, la parte donde

(71) Il lettore ricorderà la mia nota N. 12, nella quale, descrivendo il metodo di esplorazione del prof. Sims e lo speciale istrumento, di cui egli si serve, lo raccomandava come il più comodo ed il più utile agli scopi del ginecologo. Ma lorchè si tratta di operazioni da eseguirsi sull'utero ed entro al canal vaginale, la superiorità dell'inseguimento dato da Sims su tutti gli altri dapprima conosciuti, risulta più che mai evidente ed incontestabile. Una volta posta la paziente nelle condizioni fisiche volute e descritte per la buona riuscita di quel sistema di investigazione, è sorprendente il guadagno che si ha nello spazio, nel libero maneggio degli strumenti, e quel ch'è più nell'avvicinamento che si ottiene del viscere all'ingresso vulvare: e per quanto se lo possa credere per l'asserzione dell'Autore, non è che dalla dimostrazione materiale, dall'esempio pratico e dall'abitudine che si giunge ad apprezzarne il valore e verificarne l'utilità assoluta. Io stesso intanto, abituato sempre in addietro agli specoli articolati, non saprei più riprenderli, nè ricorro mai più ad essi, se non in casi eccezionali, dalla prima volta che da questo nuovo metodo esplorativo ho potuto ricavare per mia mano quei vantaggi che tanto giustamente gli sono attribuiti dall'Autore. Se la posizione della paziente dovesse essere quella ginocchioni, la prima ideata da Sims, il mio giudizio non sarebbe tanto favorevole di certo: ma dacchè la posizione sul fianco sinistro fu alla prima sostituita, il metodo ha raggiunto una perfezione che non può essergli contrastata e che l'esercizio gli conferma ogni giorno.

DE-CRISTOFORIS.

proviono è toccata col nitrato d'argento fuso: precauzione che io non traseuro mai. Il cavaliere C. Loeck (*) descrisse una specie di lungo scalpello a doecia che egli ideò con molto talento inventivo per l'esportazione dei piccoli polipi della cervice dell'utero; ma questi corpi spesso così piccoli da potersi appena sentire col dito, sono anche troppo mobili per essere facilmente distaccati con qualche strumento introdotto, come bisogna fare con questo, pressochè ad azzardo e l'ho trovato alla prova praticamente inutile. Nel caso di produzioni sessili, di cui parlai, rassomiglianti nei loro rapporti colle pareti uterine a quelli delle colonne carnee del cuore, applicai il nitrato acido di mercurio col mozzo dello specolo, e distrussi con tal mezzo le escrescenze ed arrestai l'emorragia.

Nel caso delle produzioni più grosse composte o di tessuto fibro-cellulare, o di follicoli uterini ipertrofici, io impiego pure lo specolo, quando ciò sia praticabile. Se l'escrescenza è troppo grossa per essere portata facilmente entro le lamine dello specolo, mentre la loro struttura è troppo fragile o il peduncolo troppo sottile per lasciarsi prendere e tirare in basso cogli uncini del Museux, io adopero una pinzetta simile a quella che s'usa dai chirurghi per le operazioni sulla lingua, con dentatura al manico onde assicurare la buona chiusura dello strumento. In tutte le operazioni di questo genere è conveniente di avere delle pinzette od uncini con un perno come quelle del forcipe ostetrico, per cui si possa introdurre l'una e l'altra separatamente, possa portarsi più in alto lungo il peduncolo della escrescenza e si giunga ad afferrarlo meglio di quanto si possa fare, se le lamine fossero unite, essendo che si aprono dopo esser state introdotte in vagina. Afferrato il polipo con questo strumento si può portare all'insù una forbice curva a punte ottuse per dividere il peduncolo, mentre ogni emorragia, che possa conseguire, sarà facilmente frenata dalla applicazione del nitrato d'argento attraverso lo specolo, e poi dalla introduzione di un pezzo di fiocco di cotone intriso di tintura di matteo, che può facilmente ritirarsi poche ore dopo per mezzo di filo attaccatovi previamente.

La questione dei meriti comparativi della legatura e dell'escisione non può farsi per riguardo a questi piccoli polipi, giacchè l'escisione è semplice e facile e colla dovuta attenzione scevra d'ogni serio pericolo di emorragia. Lo strappamento forzato dei polipi è un processo rozzo e pericoloso, un avanzo della chirurgia barbara; mentre il loro strozzamento col mezzo di pinzette costrette in modo speciale (**) mi sembra non possegga vantaggio alcuno sull'uso della legatura.

Per quanto leggiora sia in genere l'esportazione di questi tumori è però prudente di tenere le malate a letto per uno o due giorni

(*) *Medico-Chir. Transactions*, vol. XXXI. pag. 171.

(**) Processo suggerito prima dal cavaliere Carlo Bell nei suoi *Principles of Operative Surgery*, e rinnovato con alcune modificazioni recentemente da Gensoul di Lione in un opuscolo intitolato, *Nouveau procédé pour operer les Polypes de la Matrice*. Lione 8° 1851.

dopo. Nella sola occasione, in cui trascurai una tale precauzione e permisi ad una donna, di cui aveva esportato un piccolo polipo vascolare, di andare a casa dall'ambulanza, sopravvenne un attacco di peritonite, che necessitò di ammetterla all'ospitale, dove però la malattia cedè presto ai rimodii appropriati.

Anche dopo la conoscenza del lavoro di Huguier, non ho trovato alcuno di questi grossi tumori cistici dei follicoli uterini, la cui natura descrissi poc'anzi. Nei pochi, che mi capitarono, applicai il nitrato d'argento fuso in abbondanza entro il canal cervicale, ma con poco profitto. Huguier però adottò e con buon successo il semplice piano di scarificare l'interno del collo dell'utero prima di applicarlo il caustico, col qual mezzo lo cisti si svuotano del loro contenuto albuminoso, e il caustico va così ad agire direttamente sulla loro membrana secernente (72).

Affini a questi tumori per molti loro sintomi, sebbene, differenti nei loro caratteri essenziali, sono quelle raccolte di sangue entro la cavità uterina, che vi subiscono certi cangiamenti, ed una specie di imperfetta organizzazione, cui si diede il nome di *polipi fibrinosi*.

(72) Rimando il lettore alla mia nota 31, là dove accenno all'uso della spugna preparata, quale mezzo distruttore delle esuberanze fungoidi della mucosa uterina, e lo invito a prendere esempio con tutta confidenza in questo metodo ideato da Sims.

Tutte le specie di produzioni di polipoidi, mucose, ghiandolari, Nabotiane e fibro-cellulari, di cui parla il dottor West, non trovano trattamento più pronto e più efficace quanto in questo, ad onta che lo si possa accusare di esser causa di dolori abbastanza vivi, per le contrazioni che suscita nel viscerò la presenza della spugna.

Epperò tali dolori sono sempre tollerabili, non richiedono che il riposo, e assumono carattere di gran lunga più mite alla seconda applicazione, per riuscire appena sensibili ad una terza e così via. In genere per i casi, in cui la spugna deve far ufficio di distruttore, conviene, non essendovi urgenza, di lasciar riposare la paziente il giorno dopo la prima applicazione di spugna, ripetendola a giorni alterni. Con tale precauzione si evita il risentimento non infrequente delle dipendenze uterine, delle ovaie in ispecie, e si ottiene dalla paziente una maggiore tolleranza. Ebbi campo anche recentemente in due donne di esperire questo metodo per vegetazioni mucose della cavità del corpo uterino, e dichiaro che, se il trattamento loro colla spugna deve sempre riuscirmi così bene, ben presto ai caustici ed al cucchiaino di Recamier verrà a mancare l'indicazione in tali forme. Tale metodo è basato sullo stesso principio che muove il chirurgo ad applicare le strisce di cerotto sulle piaghe esuberanti, a far pressione sui tumoretti cistici corrispondenti a punti ossei del corpo, e che ha fatto pensare ad una compressione metodica della palpebra nella congiuntivite granulosa. Per ciò che riguarda l'utero devesi ritenere che la pressione sulle esuberanze della sua mucosa è fatta dalla spugna, che si dilata gradatamente più, e dalla resistenza che vi oppone il tessuto uterino, eccitato anche a contrazioni ripetute.

DE-CRISTOFORIS.

Il defunto professoro Kiwisch (*) che fu, per quanto so, il primo a dare una descrizione completa di quest'affezione, ammette tale denominazione relativamente poco adattata, che può però per ora convenientemente ritenersi. In certe condizioni indipendenti, come egli crede, da fecondazione, consecutive come altri pensano a previo aborto, le pareti dell'utero possono essere così molli e cedevoli da permetterlo l'accumulazione graduale del sangue effuso entro la cavità dell'organo. Col tempo il coagulo non solo può passare per tali cangiamenti, che tolgono la parte colorante al suo esterno, o prendere un aspetto bianco sporco o grigio, mentre si trovano tuttora nell'interno porzioni di una tinta rosso-scura, ma può anche essere la sede di qualche specie di organizzazione imperfetta, come si osservò in casi di emorragia nell'aracnoide, o di sangue effuso in altre parti (**). Come i polipi cardiaci, questi diventano assai aderenti alle pareti della cavità, entro cui si formano; e il fu Franz Kilian di Magonza ne trovò uno, la cui fibrina presentava varii gradi di formazione fibrillare, mentre la sua superficie aveva ricevuto un rivestimento parziale di epitelio pavimentoso, che egli credette dipendere dall'organizzazione avanzata dello strato esterno di fibrina (**).

La natura stessa dell'organo, entro cui si fermano tali raccolte, è sfavorevole a che abbia in esse luogo quella più completa organizzazione, che può accadere per effusioni simili in altre parti. Dopo il lasso di pochi mesi al più tardi l'utero si irrita per la presenza del coagulo, avviene emorragia, l'organo si contrae o la massa viene alla fine espulsa con sintomi quasi identici a quelli di un aborto.

Si è fatta quistione, come dissi poc'anzi, se questo polipo fibrinoso si forma indipendente dal previo allargamento dell'utero per aborto o parto a termine. Kiwisch credette di sì, e addusse come caratteristico di ciò che la principale raccolta di sangue avviene non entro il corpo dell'utero, ma nel canal cervicale dilatato. Quest'asserzione però è contraddetta dal suo degno successore, il professoro Seanzoni (***): e il fatto che le pazienti, in cui avvenne l'accidente, erano sempre donne maritate, e che in tutte i catamenj erano sospesi per un tempo fra le sei settimane e i tre mesi prima dello scoppio dell'emorragia, favorisce il sospetto che avesse avuto luogo la concezione, e che l'emorragia fosse una conseguenza solo dell'aborto.

(*) Nella prima edizione del suo *Klinische Vorträge*, ecc., pubblicato nel 1849 volume I pag. 420 par. 222. Non fece aggiunte al resoconto ivi dato nelle successive edizioni della sua opera. Quattro anni prima della comparsa delle sue osservazioni un caso assai caratteristico di questo genere fu pubblicato da Lebert sotto il nome di *Tumeur Fibrineuse de l'Uterus* a pag. 90 del vol. II della sua *Physiologie Pathologique*. In questo caso l'espulsione della massa ebbe luogo sei settimane dopo un aborto; e per qualche tempo prima tanto il dolore come l'emorragia, che avevano accompagnato l'aborto, erano affatto cessate.

(**) Sul qual argomento vedi *Lectures on Surgical Pathology* di Paget vol. I pagina 173-175.

(***) Henle and Pfénffer's, *Zeitschrift*, vol. VII, 1849, pag. 149.

(****) *Verhandlungen der Phys. Med. Gesellschaft in Würzburg*, vol. II, pag. 30, e nel suo *Lehrbuch der Krankheiten Weiblichen Sexualorgane*, 8.^a terza ediz. Vienna 1863 p. 265.

Coincideo pure in tal modo di vedere Virchow (*), e dice che all'esame *post mortem* egli trovò sempre la base del rigonfiamento formato o dallo rimanenze reali di placenta fetale, o dall'adesione di coaguli dai vasi lacerati alla superficie ineguale della placenta materna, cosicchè la quistione dell'origine di questi polipi può considerarsi decisa e risolta.

Infatti l'orificio esterno dell'utero si chiude così presto dopo l'aborto nei primi mesi di gravidanza, che non v'è difficoltà a comprendere come il sangue possa raccogliersi lentamente entro la cavità dell'organo, e, coagulandosi, restarvi finchè pel suo volume eccita la contrazione dell'utero. La presenza perfino di piccola porzione dell'ovo favorisce molto quest'accidente, e conobbi il dolore e l'emorragia continuare per 6 settimane in un caso, per 4 mesi in un altro, dopo il supposto completo aborto, finchè in ultimo una porzione di decidua, o almeno di una sostanza che le rassomigliava, veniva espulsa, dando luogo a cessazione dell'emorragia e di tutti gli altri sintomi.

Qualunque sieno le condizioni in cui avviene l'emorragia, lo scopo di ogni trattamento sarebbe lo stesso, cioè vuotar l'utero coll'eccitarne le contrazioni o mantener poscia il viscere in stato contratto. A questo scopo l'ablazione di ogni coagulo, che puossi raggiungere colle dita, la somministrazione della sogala cornuta, l'applicazione locale del freddo e l'iniezione della cavità uterina sono i mezzi, ai quali dobbiamo ovviamente ricorrere. Kiwisch era solito usar sempre l'acqua fredda, ma in casi simili io ho l'abitudine di usarla tepida, e la trovai eccitare sufficientemente energico contrazioni uterine, senza produrre quella gran scossa che vidi talor seguire all'iniezione dell'acqua affatto fredda entro la cavità dell'utero vacuo e non gestante (**).

(*) *Die Krenkhaften Geschwulste*, 8, Berlin, 1863, vol. 1, pag. 149.

(**) V'è una forma particolare di polipo uterino, di cui il dottor R. Lee dà un disegno nella tav. IX fig. 1 del suo ottimo lavoro, sebbene per sventura incompleto (*Practical Observations on Diseases of the Uterus*, foglio 1849 parte II). Egli lo chiama tumore fibro-cistico, ma la relazione della sua struttura è troppo imperfetta per abilitarci a determinarne la vera natura. Il dottor Oldham nel suo scritto già riferito, dà uno schizzo di un'escrescenza simile e allude alla sua origine probabile da qualche particolare alterazione o ipertrofia delle ghiandole uterine: modo di vedere che si accorda con quello di Hirsch, il quale descrive parecchi esempi di questo genere di tumori, per cui egli suggerisce (loc. cit. pag. 61) il nome di *polipi deciduali* del corpo dell'utero.

LEZIONE XV

TUMORI ED ESCRESCENZE UTERINE

Tumori fibrosi. — Loro caratteri generali, sede varia, e identità di struttura microscopica. — Influenza di queste produzioni sull'utero e cause che la modificano. — Loro numero e grossezza. — Cangiamenti che subiscono, e sforzi della natura per liberarsene, loro espulsione, loro trasformazione calcarea. Frequenza di queste produzioni. — Influenza dell'età sulla loro produzione. Sintomi: disordini di mestruazione, emorragia, dolore, sterilità, ed aborto: loro frequenza relativa. — Modo di prodursi dei sintomi. Schizzo generale dei sintomi dei tumori fibrosi.

Siamo vicini ad entrare nell'esame di uno dei mali più importanti dell'utero; male frequente ad accadere, serio nelle sue conseguenze e ben poco facile alla guarigione. Di più è caratterizzato da molte incertezze nella misura del suo progresso, che talora rapido, è altre volte assai lento, mentre ancor più di raro, la malattia si cura pressochè o interamente da sè, o coll'eliminazione della forma morbosa dell'organo, in cui ebbe origine, o col subire cangiamenti tali da arrestarne completamente il suo sviluppo e renderlo affatto innocuo.

Il *tumor fibroso* dell'utero (giacchè questo nome mi pare il più proprio tra i molti che si usarono) è una produzione più o meno intimamente connessa alle pareti uterine, colle quali ha una struttura pressochè identica. Di rado è solitario, ma se ne trovano varii assieme, sebbene uno o due superino gli altri in rapidità di sviluppo, la cui proporzione, come anche la natura dei sintomi, ricevono molta influenza dal luogo che occupano.

Qualunque sia la posizione o il volume di questi tumori, sono caratterizzati da forma sferica e tessitura compatta, sebbene la superficie ne sia talora nodosa, come per l'aggregazione di parecchi assieme,

e la tessitura resistente sia qualche volta interrotta da spazii irregolari o cavità contouenti liquido, mentre esistono molto minori differenze nel grado di durezza, elasticità o pastosità dei diversi esemplari. La sezione di questi tumori presenta grande somiglianza tra loro, essendo costituiti da tessitura compatta grigiastra, intersecata da molte striscie bianco sporche, e linee, che sono quasi sempre disposte secondo un tipo o piano definito. In alcuni casi queste fibre hanno una disposizione concentrica, mentre in altri hanno una distribuzione ondulata e sono disposto attorno a parecchi centri differenti. I tumori della prima specie sono di solito rimarchevoli per la loro durezza e per la loro poca vascolarità; sono inoltre contenuti entro un rivestimento fibro-cellulare assai distinto, sono avvilupati nella sostanza uterina, e di rado raggiungono un volume eccedente quello di una noce.

Nell'altra varietà son più vascolari, meno solidi, hanno una capsula meno completa, ponno occupare tutte le parti dell'esterno o dell'interno dell'utero, e ponno crescere a grosso volume, da pesare 10, 20 o fino 30 chilogrammi. Di più accade talvolta che nel corso del loro sviluppo due o più tumori si saldino assieme, almeno in apparenza, in modo da formare una grossa escrescenza, sebbene alla sezione si possa vedere che le differenti produzioni rimangono distinte l'una dall'altra, separate da setti fibro-cellulari, avanzi del rivestimento più completo, da cui ciascuno era circondato, quando era più piccolo. Infine prendono talora la forma di produzioni distinte dalla sostanza uterina; le fibre dell'utero non solo passano in tali casi sopra il tumore per qualche porzione o per tutta la superficie di quest'ultimo, ma effettivamente vedesi che la nuova produzione è cresciuta entro alla sostanza dell'utero e vi tiene rapporti di pura continuità. Quest'ultima forma, io credo, si osserva solo nel caso di qualche tumor fibroso che cresce entro la cavità dell'utero, costituendo un polipo.

Nessuna però di queste differenze è accompagnata da modificazioni importanti nella struttura essenziale di queste escrescenze. Tutte sono formate da fibre rassomiglianti quelle di un tessuto cellulare assai stipato, o da sostanza tendinosa, o da tessuto elastico presentante gradi varii di integrità di sviluppo, e mischiato a citoblasti e da una sostanza granulare, la cui abbondanza è di solito in ragione inversa della perfezione dell'elemento fibroso dell'escrescenza. In quasi ogni caso trovansi pure alcune delle fibre muscolari larghe e non screziate del tessuto uterino, e questo talvolta entrano per molto nella composizione dei tumori; mentre dove ciò non avviene, il tessuto uterino è nullameno frammischiato nel peduncolo di questi tumori che protrudono entro la cavità dell'utero, e presta loro un rivestimento parziale, spesso anche un involuero completo (*). Quando aggiungiamo

(*) Il primo diligente esame microscopico di questi tumori fu fatto da Valentin. Vedi il suo *Repertorium* 1845, pag. 10. Nella dissertazione di Walter, a cui già si fece allusione vi sono i risultati dell'esame microscopico di cinque differenti tumori del professor Bidder, § 20, pag. 31-41; e infine Paget dà i risultati di qualche altro esame. Op. cit. vol. II, pag. 135, 136.

a ciò, che quantunque il grado di vascolarità di questi tumori varii assai, pure havvi nulla di particolare circa la disposizione dei loro vasi, e che inoltre alla stessa guisa del tessuto, da cui originano, si risolvono colla bollitura in gelatina, abbiamo detto tutto quello che interessa la loro composizione e struttura.

Parecchie e diverse sono le località da cui ponno sorgere queste formazioni, e non è raro trovarne esempi di tutti nello stesso utero. Talora si sviluppano subito al disotto del peritoneo, che copre l'utero, o sui primi due centimetri del legamento ovarico o delle trombe fallopiane. Tali produzioni superficiali sono limitate in genere al fondo o alla parte superiore del corpo dell'utero, sono più frequenti alla superficie posteriore che all'anteriore, e per lo più rimangono piccoli, raramente più grossi di un pisello o di un fagiuolo, e di rado protrudono tanto da formar più che la metà di una sfera assai schiacciata. In altri casi derivano dallo spessore della parete uterina, e ponno allora o crescere al di fuori verso il peritoneo, o all'indentro verso la cavità dell'utero, sebbene il primo sia il caso più comune: e deve essere così senza dubbio per l'ovvia ragione che in quella direzione il tumore incontra la minor resistenza al suo sviluppo. Tali tumori talvolta raggiungono il volume di un uovo d'oca, di una grossa pera, ed un volume maggiore, e sono attaccati all'utero da un grosso peduncolo, in cui entrano delle fibre uterine, sebbene non ricevano, come i tumori che crescono verso la cavità dell'utero, un inviluppo dalla sua sostanza. I tumori, che crescono così all'infuori delle pareti uterine, sono in numero considerevole, come può vedersi in una preparazione del Museo dell'ospedale di S. Bartolomeo, in cui si ponno contare dodici di queste produzioni sporgenti dalla superficie dell'utero, sebbene il suo interno sia affatto esente da malattia. Quando crescono all'indentro essi sono talora vere escrescenze del tessuto uterino, mentre, anche quando questo non è il caso, i loro rapporti coll'utero sono in generale assai intimi (*). Essi ricevono un rivestimento di tessuto uterino, e sono spesso molto più abbondantemente forniti di sangue che ogni altra varietà di tali tumori; considerazioni tutte di gran conto pratico, modificanti i sintomi delle pazienti ed anche influenzanti la nostra condotta. Qualunque sia il loro punto di origine, queste escrescenze tendono sempre nel crescer di volume a diventare distintamente peduncolate. A questo però vi sono talvolta eccezioni. Il tumore solido, poco vascolare; con distribuzione concentrica delle sue fibre, rimane inniechiato nella sostanza uterina e coperto dal suo rivestimento di membrana cellulare, senza disposizione a protrudere nell'interno o all'esterno del viscere. In molti casi pure la varietà di tumor fibroso più vascolare con tessuto assai elastico e molto carnoso si sviluppa nello spessore dell'una o dell'altra parete uterina, raggiungendo il volume della testa di un feto ed anche

(*) Il museo dell'Ospitale di S. Bartolomeo contiene due esemplari illustranti assai bene la differenza tra la sporgenza e il tumore, pel quale oggetto furono diagrammatizzati da Paget. Op. cit. vol. II, pag. 131, fig. 2 e 12.

più, e producendo un grande allargamento dell'utero, ma mantenendo la sua forma sferica e restando inniechiato nella sostanza del viscere più che protrudente da essa nell'una o nell'altra direzione (*).

L'influenza, che esercitano queste produzioni sull'utero, varia di molto, ma è in proporzione dell'intimità di rapporti tra il tumore e l'utero, più che del volume di detto tumore. Quando sono posti sull'esterno dell'utero e crescono verso la cavità peritoneale, il tumore acquista spesso un volume enorme, e l'utero, come può aspettarsi, si allunga di molto, e si deforma in modo strano; ma non di meno non è in generale molto cresciuto di massa. D'altra parte lo sviluppo di un sol tumore entro la sostanza dell'utero produce un aumento del suo volume, un ispessimento delle sue pareti e uno sviluppo del suo tessuto, simile assai a quello che ha luogo nella gravidanza. Di tal fatto una preparazione del museo dell'Ospedale S. Bartolomeo porge esempio assai marcato. Incastrato nella parete anteriore dell'utero v'è un tumor fibroso, non più grosso di una mandorla, o di così poca vascolarità che l'iniezione, la quale ha profondamente colorato le pareti dell'utero, non entrò nei vasi del tumore. Questa piccola escrescenza però ha così stimolato l'utero, che questo è cresciuto fino alla lunghezza di 12 centimetri o le sue pareti sono almeno grosse circa tre centimetri. Allo stesso modo le escrescenze, che protrudono entro la cavità uterina, portano seco un ragguardevole aumento dell'utero, e questo non già dovuto alla pura distensione del viscere per la sostanza contenuta nella sua cavità, ma all'aumento effettivo del suo tessuto e spiegamento della sua muscolatura, come ha luogo nella gravidanza, ed anche in quei casi rari, in cui lo sviluppo dell'uovo procede fuori dell'utero stesso. In questi casi però l'utero dopo un certo periodo si contrae sul tumore e lo espelle dalla sua cavità, o il tumore ne sorte quietamente ed impercettibilmente: pel qual fatto non solo si arresta l'ulteriore aumento del viscere, ma il suo volume diminuisce, e sicchè non di rado si trova un grosso polipo attaccato ad un utero, le cui dimensioni sono al di sotto del tipo naturale. Da qui ne risulta che i casi, in cui l'utero acquista il maggior volume, non sono quelli in cui il tumore pendo da un peduncolo entro la sua cavità, ma quelli in cui lo sviluppo ha luogo entro la sostanza di una delle pareti uterine; l'organo così ingrossato talora acquista il volume d'una testa di fanciullo, e la sua cavità misurata colla sonda uterina, può trovarsi di 10, 12, e 15 centimetri in lunghezza.

È cosa più di pura curiosità che di utile pratico il numero di queste escrescenze reperibili in un solo utero od il volume che ponno acquistare (**). Di rado vi ha un sol tumore, talvolta sono assai nu-

(*) Condizione ammirabilmente rappresentata in Wenzel *Krankheiten des Uterus*, Mainz 1816, tavola VII e VIII, X e XI.

(**) Dissertazione di Walter già citata al paragrafo 11 e 12 ed a pag. 27 e 39; e Meissner, Op. cit. vol. II, pag. 16-19 contenente relazioni dei casi più rinomati volti di polipi fibrosi grossi o numerosi.

merosi, o si trovano di solito in gran quantità sulla superficie peritoneale dell'utero, mentre è raro trovarne più d'uno protrudente allo stesso tempo entro la cavità del viscere. Ciò è forse dovuto alla circostanza che non vi è spazio per più di un tumore alla volta entro la cavità dell'utero, perchè non è cosa molto rara il trovare che, qualche mese dopo l'estirpazione di un tumore, un altro occupò la stessa situazione producendo gli stessi sintomi e richiedendo di nuovo la stessa operazione.

In riguardo al volume di queste produzioni troviamo molte diversità, giacchè si ricordano casi, in cui pesavano perfino 40 chilogrammi: il peso del tumore nel caso rimarchevole descritto da Walter ora di 32^a chilogrammi (*). Questi senza dubbio sono esempi affatto eccezionali, ma pur meritano di esser ricordati, onde mostrare che, sotto il punto di vista della diagnosi, il puro volume del tumore non deve esser troppo valutato nel differenziare produzioni dell'utero da quelle dell'ovario.

Vi sono ben poche malattie nel corso delle quali la natura non faccia qualche sforzo speso invero imperfetto ed inane per guarirlo. Nel caso di tumori fibrosi vi sono cinque modi differenti con cui si fa tale conato: o il peduncolo subisce un processo di assottigliamento graduale, e poi si rompe, staccandosi così il tumore dell'utero; o più di rado una porzione del suo rivestimento si ulcera, si mortifica e la escrescenza gradatamente si snuclea fuori dell'involuppo di membrana cellulare che lo conteneva; o ha luogo un cambiamento nella sua sostanza, la cui natura vera non è del tutto ben conosciuta, si sfaccia, muore e si sfaccia a pezzi a pezzi; o accade un diverso cambiamento simile a quello che vediamo in altre produzioni morbose: il tumore subisce la trasformazione cistica, e sebbene non eliminato dall'utero, cessa di essere in relazione di vita con esso, e i sintomi, che produceva altre volte, diminuiscono o scompaiono affatto.

Nulla v'ha di più semplice che i processi per cui questi tumori, quando crescono entro la cavità uterina, ponno staccarsi dai loro attacchi ed eventualmente venire espulsi, sebbene la mia esperienza non mi conduca a credere che siano fatti comuni. Può accadere o che il peduncolo per lo stiramento continuo del tumore diventi più e più sottile finchè si rompa, o che i margini dell'orificio uterino,

(*) Op. cit. Sebbene in questo caso tutto il tumore fosse di natura solida, pure in qualche caso le enormi dimensioni di questa escrescenza si dovevano a formazioni di cisti; ed a raccolta di gran quantità di liquido nel loro interno. Questo fluido sommo qualche volta a molti litri, e la fluttuazione distinta, a cui dava origine, condusse a ritenere la malattia per idrope dell'ovario e ad eseguirne la puntura per guarirla. Non mi fu dato osservarne alcun caso, ma l'impressione lasciata dalla lettura dei vari riportati, si è, che la malattia è essenzialmente differente dal tumor fibroso ordinario, giacchè oltre ad una o due cisti di gran volume, sembra che vi sia sempre un numero di piccole cisti nella loro immediata vicinanza, facenti parte della struttura delle porzioni più solide della sua massa. In breve tali casi sembrano essere esempi di condizione fibrocistica dell'utero, e come tali richiedenti investigazione speciale, piuttosto che ordinarii tumori fibrosi nella cui sostanza si formarono accidentalmente della cisti. Vedi in aggiunta i ragguagli dati da Paget. Op. cit. vol. II, pag. 138. Kiwisch. Op. cit. vol. I, pag. 435; e Chiari op. cit. pag. 404.

serrando strotamente, lo strozzino, o che nei suoi violenti sforzi espulsivi, l'utero rompa il gambo sottile dell'eserescenza (*). Questo distacco del tumore per rottura del suo peduncolo non si limita ai casi, in cui esso eresse entro la cavità uterina, ma si osserva pure talora quando il tumore si spieca dalla superficie peritoneale dell'utero. Nel solo caso, che ebbi ad osservare, il tumore sorgeva dalla parete posteriore uterina e protrudeva nell'interspazio tra l'utero e il retto, che gli scrittori del continente chiamano comunemente spazio di Douglas. Quantunque perfettamente staccato dall'utero, il tumore, che aveva il volume d'una noce, non era caduto affatto libero entro il cavo peritoneale, ma era tenuto in posizione da una falsa membrana che si tendeva dall'utero al retto; ed io erode che in quasi tutti i casi citati di distacco completo di un tumor fibroso dalla superficie esterna dell'utero, esso fu in tal guisa ritenuto attaccato alla parte donde ebbe origine.

Un altro modo, con cui talvolta si eliminano i tumori fibrosi, è lo sfasciamento del loro tessuto e la loro susseguente espulsione. Questo processo sembra esser un processo di morte del tumore; ma il modo, con cui si produce, non si può ben comprendere. Non è un processo d'infiammazione nè uno de' suoi risultati ordinarii. Il tumor fibroso preso da infiammazione presenta un color vivo rosso e mostra una vascularità aumentata, mentre il dolor locale e i segni generali di infiammazione accompagnano il processo durante la vita della paziente. Lo sgretolamento del tumore poi ha luogo senza sintomi che ponno far sospettare ciò che viene espulso, e l'eserescenza diventa molle e si disfa in uno sconcio putridume. Quest'alterazione non è rara nella parte inferiore dei polipi fibrosi quando sporgono in vagina attraverso la bocca dell'utero. La membrana mucosa che copre questa parte si ulcera, ed essendo così privata della sorgente più importante di nutrizione, la parte vicina di tumore perde la sua vitalità; il tessuto cellulare, che unisce assieme i fasci delle sue fibre, muore pel primo, e tale tumore può trovarsi talora duro e solido ed offrente i caratteri ordinarii di tumor fibroso alla sua parte superiore, ma allo imbasso diviso in tanti brandelli o fasci di fibre connessi fra loro da materia sporea in decomposizione. A gradi queste stesse fibre si rammoliscono, e il processo di decomposizione estendendosi più e più, tutta l'eserescenza può staccarsi impercettibilmente; oppure nei tentativi di estirpare il polipo, siamo sorpresi di trovare che ciò che fu una volta una massa solida, è ora tanto molle che gli uncini, con cui cerchiamo staccarla in basso, lasciano la presa: ci accorgiamo in breve che la natura ci ha prevenuti, e che in pochi giorni o settimane ancora avrebbe compiuta l'operazione.

Non è però solo in questi casi che ha luogo la necrosi del tumor

(*) Uno scritto assai elaborato su questo soggetto, contenente l'enumerazione di 24 casi, raccolti a differenti origini fu pubblicato da Marchal di Calvi (*Annales de Chirurgie*, Agosto 1843).

fibroso. Lo stesso processo può aver luogo nel tumore ancora tutto affatto entro la cavità uterina e mentre è ancora di volume insignificante. Nell'esame dell'utero di una donna di 63 anni, e che si sapeva non aver sofferto di alcun sintomo di malattia uterina, si trovò l'organo sformato per otto tumori fibrosi crescenti dalla sua superficie esterna, formante assieme una massa del volume triplo di un utero sano. Uno di questi tumori, grosso come un uovo di piccione, era connesso alla parete posteriore dell'utero solo dal peritoneo e da un peduncolo assai sottile di tessuto cellulare, e si sarebbe probabilmente presto staccato completamente, mentre molti altri tumori erano in via di trasformazione calcare, e così in corso di cura. Spaccato l'utero si trovò occupato da un tumore di volume e forma di una grossa mandorla, lungo 3 centimetri e largo 2 centimetri. Era coperto alla superficie libera dalla membrana mucosa uterina: ma era impiantato per circa un quarto della sua grossezza nella parete uterina, da cui era diviso per un involuppo distinto di tessuto cellulare stipato, quale in generale circonda i tumori fibrosi. Era di color oscuro, quasi melanotico nella maggior parte, sebbene non in tutta la sua sostanza, e sembrava come se del sangue si fosse infiltrato entro la sostanza di un tumor fibroso rammollescenti; giacchè restava abbastanza di suo tessuto per mostrarne la sua vera natura, anche senza l'evidenza data dai numerosi piccoli tumori fibrosi, varianti in grossezza da un pisello ad un fagiolo, che erano impiantati nelle pareti uterine.

Se questa paziente fosse vissuta un po' di più, sarebbe avvenuto l'una delle due cose seguenti: o gli elementi della escrescenza rammollita sarebbero stati assorbiti, o il suo rivestimento cellulare avrebbe ceduto in qualche punto, ed una perdita leggiera apparentemente di coaguli sarebbe stata l'unica evidenza del male di cui la paziente aveva sofferto, e dei mezzi con cui la natura aveva usato per disfarsene. So senza tal preventivo cangiamento nel suo tessuto il tumor fibroso possa scomparire completamente per assorbimento, è una questione alla quale non posso dar risposta dietro mia propria osservazione. Crederci possibile il caso, sebbene la mia idea sia che il rammollimento e la desintegrazione precedono di solito la scomparsa del tumore, e che quasi sempre non è assorbito ma espulso allo stato di rammollimento ed a pezzi dalla cavità dell'utero.

Sia in salute che in malattia, tra i modi di procedere della natura anche nei casi apparentemente più diversi, v'è un'analogia generale che è interessante ed istruttiva a studiarsi. La ghiandola bronchiale tubercolosa si rammollisce, il suo involucro viene assorbito, si apre una comunicazione col tubo aereo, e la materia morbosa vien espulsa: oppure, quando ciò non può compiersi, ha luogo un altro cambiamento ne' suoi elementi, la ghiandola si raggrinzisce, la sua sostanza diventa più e più dura, si mettono in giuoco attività chimiche, e pocho masse di materiale cretaceo, che si scoprono alla impensata vicino ai bronchi di qualche soggetto morto in età avan-

ata, mostrano che nella sua gioventù, esso fu soggetto ad una malattia che tende di solito a distruggere e prontamente quelli che ne sono attaccati.

Accade appunto lo stesso genere di cangiamento nei tumori fibrosi dell'utero. Studiammo già il processo di rammolimento da cui è prodotta talora la loro scomparsa: il processo d'indurimento per deposito calcareo nella loro sostanza è ancor più comune. Questo deposito talora ha solo luogo nella periferia del tumore, che riceve così un rivestimento calcareo o un guscio, rimanendo inalterato il suo interno. Ciò è peraltro assai poco comune, mentre si trova meno di rado calcificazione incipiente dall'interno del tumore quando è completo il mutamento della sua superficie. La forma più comune è quella in cui masse irregolari come corallo sono depositate in varie parti del tumore, da cui ponno separarsi colla macerazione, o formano quasi tutta la massa nel caso dei tumori più piccoli. Di quando in quando inoltre questa alterazione procede nella stessa misura perfino nei più grossi tumori, ed essi si riducono ad una sostanza di durezza lapidea che, come è del caso di tumore esistente nel Musco dell'Ospitale Middlesex, può essere levigata come un esemplare geologico qualunque. Le escrescenze che procedono dalla esterna superficie dell'utero, dove la nutrizione è di solito meno attiva, sono quelli in cui un tale cambiamento succede più comunemente. Pure la regola non è senza eccezioni, giacchè un tumore protrudente nella cavità dell'utero subisce talora quest'alterazione, e alla fine essendo espulso dall'utero costituisce le così dette concrezioni ossee (*), la cui origine e natura erano una volta un imbarazzo agli osservatori. Credo quasi superfluo dire che questi tumori non contengono gli elementi del vero osso, che il cambio che avviene in essi non è accompagnato dalla formazione di cartilagine ossea; in breve si deve più ad un processo chimico che ad un processo fisiologico, ed alla guisa della così detta ossificazione delle arterie, è una prova della vitalità indebolita e non di una nutrizione attiva (**).

L'unica altra questione importante concernente la patologia dei tumori fibrosi dell'utero è quella dei loro rapporti con malattia maligna, e la possibilità della loro degenerazione a struttura carcinomatosa. Nulla fuorchè i mezzi imperfetti di osservazione che si avevano altre volte avrebbe lasciato questa questione sì a lungo indecisa; ma mentre il cancro duro si credeva una forma comune di malattia uterina, ed ogni indurimento della cervice si riguardava come scirroso, non è da far meraviglia se i tumori duri si credessero almeno di natura affine. Puoi però ora asserire che sebbene

(*) Vi sono dei bei disegni illustrativi di questi cangiamenti tumori fibrosi nell'opera di Stöcker (*Uterine Anatomy of the Human Uterus*, 4^a, Londra 1832, tavola VII).

(**) Vedi su questo soggetto le osservazioni del professor Bidder a pag. 42, della *Dissertatione di Walter*, che crede alla presenza di vero osso; mentre anche Stenle nella *Allgemeine Anatomie*, pag. 809 dice che egli scoprì in essi corpuscoli di cartilagine; dichiarazione che Vogel nell'*Handbuch der Physiologie*, vol. I, pag. 863 non convalida.

i tumori fibrosi non escludano, il carcinoma, essi però non vi sono associati con una special frequenza (*).

Il tumori fibrosi si riguardano in generale, o credo a ragione, come la più frequente delle malattie organiche dell'utero, quantunque non pretenda appoggiare il fatto con numeri per lo ragioni già adottate di insufficienza delle statistiche nella pratica d'Ospitale. Comunque sembri strano, anche i risultati delle necrosco pie sono in disaccordo; da una parte abbiamo la dichiarazione autorevole di Bayle, che una donna su cinque dopo i 35 anni ha tumori fibrosi dell'utero; e dall'altra l'asserzione di Pichard (**) che dessi si trovarono solo 7 volte su 800 necrosco pie eseguite da lui e da Lair (***). Pollock (****) in una memoria letta davanti la Società Medico-Chirurgica dice che di 583 uteri, esaminati da lui o dal suo predecessore all'Ospital S. Giorgio, 265 erano ammalati, e che in 39 v'erano tumori fibrosi, mentre il cancro esisteva in soli 38. Il valore di talo asserzione è però non poco diminuita dal riferirsi a donne di ogni età dalla nascita alla vecchieia. Eguale mento non soddisfacenti sono i dati forniti da Braun e Chiari (*****) secondo i quali su 2494 necrosco pie di ambo i sessi, si trovarono 25 casi di presenza di tumori d'utero. In 70 casi in cui esaminai l'utero di donne che dopo la pubertà erano morte di tutt'altro male che nterino, 7 presentarono tumori fibrosi dell'utero. Da questi dati arriviamo a nulla di più definito della conclusione generale che i tumori fibrosi dell'utero sono molto frequenti probabilmente più della malattia cancerosa di quel viscere.

I dati che abbiamo riguardo l'età dello pazienti affette da tumori fibrosi, sebbene assai scarsi sono però più soddisfacenti, perchè più definiti, 24 esami *post mortem* di Braun e Chiari, e 9 casi dei miei

(*) Il dottor Lee (*Clinical Reports of Uterine and Ovarian Diseases*, pag. 176, Caso V) riferisce un caso di coesistenza di un timor fibroso calcareo e di ulcerazione maligna della cavità uterina e un caso della presenza di ambedue fu pur da me notato. Le cifre di Chiari infatti condurrebbero a credere che i tumori fibrosi dell'utero sono associati a tendenza speciale a malattia maligna, giacchè in 25 pazienti affette da essi 2 presentavano anche cancro di utero, 1 il cancro delle mammelle e del polmone, e 6 cancro di altri organi, Op. cit. pag. 404). Non so peraltro di altri dati che potrebbero condurre alla stessa conclusione.

(**) *Dict. des Sciences Medicales*, 8, Parigi 1813; articolo *Corps fibreux de la Matrice*, pag. 73.

(***) *Des Abus de la Cauterisations, etc., dans les Maladies de la Matrice*, 8, Parigi 1846, tavola in fine.

(****) *Lancet*, Feb. 7 1852, pag. 155.

(*****) *Klinik der Geburtshilfe und Gynäkologie*, 2 parte, Erlange 1853, pag. 397.

danno il seguente risultato circa all'età dei soggetti in cui si trovarono i tumori

2	di	età	non	indicata	
1	di	24	anni,	morta	di
3	tra	i	30	e	i
14	"	40	"	50	"
4	"	50	"	60	"
7	"	60	"	70	"
1	"	70			
1	"	80			

33

In molti di questi casi però i tumori senza dubbio esistevano da molti anni, o noi perciò ci occupiamo piuttosto dell'età in cui le pazienti cominciarono a soffrire dei sintomi prodotti dai tumori fibrosi, sebbene anche allora la malattia stessa esista in molti casi probabilmente da mesi, od anche da anni, prima che ne fosse richiamata l'attenzione.

Braun e Chiari hanno notata l'età di 36 malate che cercarono soccorso al grande ospedale di Vienna per tumor fibroso dell'utero non inclusi i polipi: e se a questi si aggiungono 96 casi che capitarono sotto la mia osservazione, abbiamo un totale di 133 di cui

26	erano	tra	20	e	30	anni	d'età
44	"	30	"	40	"		
47	"	40	"	50	"		
15	"	50	"	60	"		
1	"	72					

133

Le dette proporzioni non differiscono di molto da quelle di Malgaigne (*) in confronto di 51 casi di polipi fibrosi dell'utero, dai quali, se si aggiungono 22 dei miei casi, abbiamo il seguente risultato

Da	26	a	30	anni	4
"	30	"	40	"	24
"	40	"	50	"	30
"	50	"	60	"	7
"	60	"	70	"	3
"	70	"	74	"	5

73

(*) *Des Polypes Uterins, These de Concours, Parigi 1833, pag. 12.*

Se però invece di prendere l'età in cui le pazienti vennero all'ospedale tiriamo le nostre conclusioni, come dovremmo piuttosto fare, dal periodo in cui i primi sintomi caratteristici della malattia si manifestarono, si vedrà che i tumori fibrosi e i polipi fibrosi sono affezioni che accadono all'epoca delle forze sessuali, molto più spesso che al periodo del loro declinare

Età delle pazienti	Prima osservazione	Principio dei sintomi
Meno di 20 anni	. . .	3
da 20 a 30	11	26
n 30 n 40	40	48
n 40 n 50	50	34
n 50 n 60	15	5
Oltre 60 anni	1	1
	117	117

Fn asserito sull'autorità di Bayle che le donne non maritate sono più delle maritate soggette a questi tumori: ma le mie osservazioni non appoggiano tale dichiarazione, perchè di 92 donne affette da tumore fibroso sessili, 82 erano maritate; e includendovi i casi di polipi fibrosi, di 118, 99 erano maritate. La preponderanza delle maritate è tanto considerevole da mostrare conclusionalmente, ad onta della relativa scarsezza del numero, che l'uso delle funzioni sessuali influisce predisponendo a tal malattia

Abbandonando quindi il tentativo di accertare la causa di questa affezione, tentativo che siamo molto disposti a fare nel caso di tutte le malattie, e per cui così raro arriviamo a risultati soddisfacenti, passiamo ora all'indagine delle conseguenze che producono questi tumori ed ai sintomi cui danno origine.

Prima di tutto devesi premettere che talora questi tumori non sono accompagnati da sintomi alcuni; che esistono per molti anni senza produrre inconveniente di sorta. Illustrazioni di questo fatto ci vengono date dallo scoprire tumori fibrosi dopo morte nell'utero di donne il cui sistema sessuale non diede mai segno di disturbo; dall'accorgerci accidentalmente della loro presenza nell'esaminare una paziente per qualche altro scopo; o dalla repentina comparsa di sintomi che richiamano la nostra attenzione allo stato dell'utero, e che rivelano l'esistenza di un gran tumor fibroso, il cui sviluppo deve datare da anni. Come era da aspettarsi la natura dei sintomi è in generale proporzionata all'intimità di rapporti tra il tumore e l'utero. Le escrescenze che procedono dalla superficie esterna dell'utero, producono di spesso nessun sintomo eccetto quelli dovuti alla loro pressione meccanica sugli organi adjacenti, mentre quelli incastrati sul tessuto uterino quasi sempre disturbano le funzioni del viscere anche prima di raggiungere un gran volume; e i polipi

o le escrescenze che occupano la cavità dell'utero richiamano l'attenzione fin dal principio per l'emorragia che producono. Inoltre sussiste qualche relazione tra l'attività generale del sistema sessuale e l'esercizio delle sue più nobili funzioni da una parte, e l'intensità dei sintomi dei tumori fibrosi dall'altra. È così che in donne d'età avanzata, e in cui la mestruazione sia cessata, gli effetti dei tumori fibrosi sono di solito meno seri che in donne più giovani. È pur così che queste produzioni possono dare piccoli disturbi da non destar sospetti finché la donna resta nubile, ma possono diventare l'occasione di molte sofferenze appena che si mariti, e che l'atto sessuale producea aumento nell'afflusso di sangue all'utero. La portata di questi fatti sulla prognosi e cura deve fin d'ora essere abbastanza ovvia, ma sarà ancor più appariscente dopo che avremo esaminato i sintomi di quest'affezione più dettagliatamente.

Quei tumori fibrosi che pendono da un peduncolo entro la cavità uterina, o che comunemente si chiamano polipi uterini, sono accompagnati da un sintomo invariabile e caratteristico, cioè l'emorragia. Giacché adunque la loro diagnosi è comparativamente facile, e giacché il loro trattamento differisce da quello generalinente praticabile nelle altre forme di tumori fibrosi, al presente tralasciamo la loro ulteriore considerazione; e le mie osservazioni si intenderanno dirette a quella varietà di tumori fibrosi che o sono innacchiati entro la sostanza uterina, o sporgono dalla sua superficie peritoneale. Disordine mestruo, emorragia uterina, dolore, disuria, o più di rado defecazione, difficile sono i sintomi più importanti dei tumori fibrosi, sebbene col riscontrarsi in vari gradi o in diverse combinazioni lascino spesso molti dubbi sulla natura dell'affezione da cui dipendono.

I seguenti sono i risultati principali dedotti dal confronto di 96 casi di tumor fibroso dell'utero, di cui conservai bastante ricordo:

In 8 su 96 casi la mestruazione era già cessata quando le pazienti vennero in mia cura, ma in 2 di esse accadeva una forte emorragia d'utero a intervalli irregolari, in 2 tale emorragia accadeva ma in poca quantità, e in 4 non so no ebbe affatto.

In altri 30 casi la funzione mestrua non era affatto disturbata, e in 24 di esse non v'era emorragia uterina intercorrente ad altre epoche; ma in 6 pazienti aveva lungo l'emorragia d'occasione, la quale però al tempo del suo accadere non aveva relazione colla funzione mestrua.

Nelle altre restanti 58 pazienti la mestruazione era più o meno gravemente disturbata, essendo:

Eccessiva	in 30 casi
" e dolorosa	" 10 "
" " irregolare	" 5 "
Dolorosa	" 5 "
" e irregolare	" 2 "
Irregolare	" 2 "
Scarsa	" 4 "
	58

Si vede dunque che in 45 casi su 88, in cui la mestruazione non era cessata, essa era o eccessiva in quantità o troppo frequente nelle sue comparse, o l'uno e l'altro insieme; mentre in 15 casi la funzione si eseguiva con dolore eccessivo; e solo in 4 casi la quantità di sangue versato al periodo era al disotto di quello a cui era abituata la malata quando era in salute.

In 44 casi l'emorragia dell'utero avveniva in epoche fuori di quelle della mestruazione; accidente che ebbe luogo dopo la cessazione dei mestri	in 4 casi
coincideva con menorragia o mestruazione troppo frequente	" 32 "
" con penosa mestruazione	" 2 "
" " e irregolare mestruazione	" 1 "
" con irregolare mestruazione	" 1 "
" con nessun disordine di mestruazione	" 4 "
	44

In 65 casi v'era dolore ad altre epoche che quelle della mestruazione. Questo dolore variava molto di intensità, posizione e durata, alcune pazienti descrivendolo come una sensazione di bruciore, altre come un senso di pesantezza, mentre altre sembravano soffrirne a parossismi di intensità quasi intollerabile. Questo dolore in 13 su 65 casi coincideva con mestruazione dolorosa; ma in 4 casi di dismenorrea non si aveva dolore ad altre epoche fuorchè nella mestruale. La mestruazione era già finita in 6 dei casi in cui si aveva il dolore, e nelle restanti 46 si eseguiva la mestruazione senza sofferenze, e in 19 di esse senza disordine di sorta alcuna.

Vi furono inoltre 35 casi in cui le pazienti soffrivano di disuria; sia con dolore nel mingere, o con difficoltà a urinare, e per voglia frequente a spander acqua, mentre in 4 casi si accusava difficoltà del secusso; ma nessuna di queste sensazioni poteva riferirsi così distintamente alla sede del tumore o al suo volume, come *a priori* si sarebbe aspettato di trovare.

L'influenza dei tumori fibrosi nel modificare la proporzione della fecondità è molto ragguardevole, e si mostra col diminuire il nu-

mero della fecondazione e anche coll'aumentare la proporzione delle gravidanze che finiscono prematuramente. Dei 96 casi su cui si fondano queste osservazioni, 82 furono di donne maritate; di esse, 20 furono sterili, mentre le altre 62 avevano avuto 124 figli e 48 aborti. — 31 delle 62 avevano avuto una sol gravidanza, che in 21 era arrivata a termine, in 10 era terminata prematuramente per aborto. È vero che 5 donne avevano avuto ciascuna tre figli, 4 quattro, 3 cinque, 1 otto, 1 nove, ed 1 undici rispettivamente; ma in tutte meno tre di queste il tumore o cresceva dal fondo dell'utero, o era situato all'esterno della parete posteriore uterina, e fin dove si poté accertare, non interessava la sostanza dell'utero. Vedremo più tardi che anche quando sono impiantati in questo luogo, i tumori fibrosi dell'utero rendono spesso la gravidanza, il travaglio, e il puerperio, periodi di molto pericolo; ma è facile comprendere che quando queste escrescenze procedono dall'esterno dell'utero, essi possono non imbarazzare il giusto termine della gestazione.

I sintomi dei tumori fibrosi per la maggior parte si producono a gradi, cosicchè la paziente non può definire acenratamente il principio della sua malattia, ma parla di un graduale aumento nell'abbondanza della mestruazione, o dei disturbi che s'accompagnano a qualche sensazione dolorosa, dapprima appena sensibili, diventi a poco a poco più molesti, finchè spinta a cercar sollievo, essa si accorse dell'esistenza del tumore. A questa regola però non son rare le eccezioni; e in 21 su 96 casi i sintomi si mostrarono subitanei, qualche grave accidente attirando l'attenzione della malata, che prima si credeva in assai buona salute. In 11 di questi 21 casi fu l'emorragia, in altri l'impotenza d'orinare da richiedere l'uso del catetere (73) che sulle prime allarmò la paziente, e 5 volte fu un dolore addominale intenso: non ne deriva però che i primi sintomi continuino sempre ad essere i più salienti. Infine devo aggiungere che in 11 casi l'accidentale scoperta di un tumore nell'addome fu la prima indicazione che ebbe la paziente di un'afezione, la quale deve essere stata per anni in lento corso di sviluppo.

(73) Il fenomeno dell'iscuria, quale conseguenza di tumori fibrosi uterini, non si produce d'ordinario repentinamente, ma è preceduto da difficoltà nel mingere, da ritenzioni intercorrenti legate a date posizioni del corpo.

Che se eccezionalmente l'iscuria sopravvenisse d'improvviso in una donna affetta da fibroma voluminoso dell'utero, potremmo essere erroneamente condotti a sospettare una retroversione uterina in gravidanza, causa essa pure di iscuria.

Ma se terremo calcolo dei segni razionali della gestazione, della mancanza delle metrorragie intercorrenti, della elasticità, della eguaglianza di superficie, e della rotondità estesa della tumescenza occupando l'escavazione sacrale, potremo facilmente essere chiariti sulla vera natura della condizione.

DE-CRISTOFORIS.

Se ora procuriamo di figurarci la storia di un caso di tumor fibroso dell'utero, troveremo, credo, il nostro abbozzo essere qualcosa di questo genere: — Una persona, probabilmente un po' oltre le primizie dello stato muliebre, ma ad un'età in cui le funzioni sessuali si compiono ancora attivamente, diventa, senza causa, soggetta a menorragia che può e non può essere accompagnata da dolore. L'emorragia è dapprima facilmente arrestata dal riposo e dalle precauzioni ordinarie, ma essa ritorna dappoi pel minimo sforzo od anche senza causa alcuna, per continuare alfine tra l'uno e l'altro periodo mestruo in guisa che la paziente perde l'ordine delle proprie epoche mestruali. Non prova quel disturbo generale di costituzione che quasi sempre accompagna la menorragia idiopatica, ma soffre solamente per la perdita del sangue e pei suoi effetti diretti, mentre fra gli intervalli degli attacchi di emorragia è di rado affetta da leucorrea, o giammai da perdita fetida. Associata all'emorragia, talora fin dal principio, generalmente entro pochi mesi dall'invasione, si provano varie sensazioni di dolore e malessere nel basso ventre e in vicinanza dell'utero. Tra queste, la voglia frequente d'urinare è delle più comuni. Il dolore costante è di rado molto intenso; diversamente del dolore dell'infiammazione uterina cronica, non è tale da rendere quasi intollerabili i cambiamenti subitanei di posizione, il sedere su luogo duro, o l'essere scosso su strada ineguale; non impedisce neppure il rapporto sessuale. D'altra parte non è un acuto dolor lancinante come quello del carcinoma ma è un dolore ottuso, o bruciante o pulsante, in generale non molto difficile a tollerarsi, sebbene di quando in quando vi si associno accessi di sofferimenti di carattere evidentemente neuralgico, intensi e generalmente accompagnati da sforzi espulsivi violenti.

Qualunque sintomo di questa specie deve farci sospettare l'esistenza probabile di un tumor fibroso dell'utero, mentre nè la gioventù relativa nè l'età avanzata della paziente, nè la subitanea comparsa dei sintomi nè il loro lento svolgersi, devono tacitare tal sospetto, nè influenzare le nostre idee a riguardo di una quistione, cui un attento esame può solo decidere. In ogni caso simile, e invero in ogni caso in cui vi è la menoma probabilità dell'esistenza di un tumore di qualunque indole, è necessario cominciare da un esame attento dell'addome. Il tumore formato da escrescenza fibrosa è in generale assai resistente, nodoso, ed ineguale, di rado sulla linea di mezzo, ma così spesso considerato considerevolmente da un lato del ventre che la sua sola posizione non ha molto valore nella diagnosi differenziale fra esso ed il tumore delle ovaie. Quest'ultimo può però generalmente distinguersi per la sua superficie liscia, il contorno sferico, come anche per un certo grado di elasticità che di solito si distingue in esso sebbene non dia senso distinto di fluttuazione. Facendo un esame vaginale, si troverà la condizione variare di molto secondo la posizione e i rapporti del tumore. Se si può sentire qualche tumore nell'addome, il primo punto da precisare è il suo rapporto con quello dell'utero, determinando se la pressione su l'uno si comunica imme-

diatamente all'altro; giacchè con ciò ottiensì qualche indizio circa la probabilità del suo nesso colla sostanza dell'utero da una parte, o colle dipendenze uterine dall'altra. Il tumore ovarico quando una volta si è alzato fuori della pelvi, quasi sempre tira seco l'utero all'insù mentre questo cambiamento di posizione ha luogo di rado quando il tumore deriva dall'utero stesso.

La parete posteriore dell'utero è la sede più comune dei tumori fibrosi, inquantochè essi vi si trovarono in 38 su 96 casi (*); o in 12 di essi non si poterono scoprire in alcun'altra parte dell'utero che fosse accessibile all'esame. Perciò generalmente riscontriamo un corpo resistente, spesso però non sempre ineguale, occupante più o meno alla parte posteriore della cavità pelvica, portante l'utero all'avanti verso la sinfisi del pube e di spesso retrovertente l'organo più o men completamente; nel qual caso è usualmente spostato dalla linea mediana cosicchè la bocca dell'utero si trova vicino alla sinostosi pubo-iliaca dell'uno o l'altro lato. La bocca dell'utero è in generale piccola, circolare e sana; il tessuto della cervice liscio e naturale, o al più solo alquanto turgido e duro per l'afflusso frequente di sangue al viscere. Se il tumore è molto piccolo e sorge esattamente al di dietro della cervice, la diagnosi differenziale fra esso e la retroflessione dell'utero è cosa assai difficile, ed ancor più il distinguere l'antiflessione dell'utero da un tumore fibroso della sua parete anteriore, di cui non devo ignorarsi la possibilità benchè assai rara a succedere. Se il tumore è entro la cavità uterina, e innichiato nelle sue pareti, i risultati di un'esplorazione saranno naturalmente diversi; si troverà l'utero più grosso, più pesante e men mobile del naturale; il suo segmento inferiore può essere disteso dal tumore, ed in tal caso la sua forma non sarà dissimile da quella che assume l'utero gravido, sebbene le labbra dell'utero, invece di presentare lo sviluppo caratteristico dello stato gestante, si troveranno assottigliate meccanicamente dalla compressione del tumore. Anche la cervice dell'utero in tali casi non di rado scompare molto prima che il tumore abbia raggiunto tal volume da simulare colla sua prominenza nell'addome lo stato di un utero a metà della gestazione. Se però il tumore non protrude in tal modo entro la cavità uterina, la diagnosi ne sarà assai più difficile; perchè un utero grosso, alquanto duro e solo parzialmente mobile sarà tutto quanto apparirà a tutta prima, o tutto quello forse che anche un'esplorazione ripetuta potrà scoprire. Pure anche in questo caso, il non alterato orificio dell'utero, la mancanza di sensibilità nella sua cervice e di ogni ingrossamento verso il fondo della vagina, basteranno a mostrare che nè l'infiammazione delle sue dipendenze ha reso fisso l'organo nella sua posizione, nè l'infiammazione della sua sostanza o della sua cervice ha

(*) Il risultato così ottenuto dall'esame in vita collima assai con quello ottenuto da Lee dietro un confronto di varie preparazioni dei Musei delle metropoli, il quale trovò che in 22 su 74 casi l'escrescenza sorgeva dalla parete posteriore del corpo e del collo dell'utero. Vedi Safford Lee *On Tumours of the Uterus*, 3^a Londra 1847, pag. 2 tavola 1.

aumentato il suo volume ed il suo peso. La sonda può anche mostrare che è allungata la cavità dell'utero; ed io credo che un utero ampliato, pesante e talvolta duro, associato al sopravvenire suo senza cause ed al frequente ritoruare dell'emorragia uterina, mentre che la bocca o la cervice dell'utero sono in istato sano, sono pressochè sempre caratteristici di depositi fibrosi nella sostanza uterina (74).

(74) La sonda nella diagnosi dei tumori fibrosi uterini *interstiziali, sottoperitoneali, sottomucosi, intrauterini sessili e peduncolati* è indubbiamente il sovrano illuminatore, ed i criterii, che da essa possiamo avere, si riferiscono ai mutamenti che i tumori stessi inducono nelle condizioni fisiche del viscere.

L'esame nostro a mezzo di questo strumento deve quindi rilevare:

1.º il *peso* del viscere; una mano esercitata avvertirà tosto un senso di aumentata pesantezza, quindi di accresciuta mole dell'utero.

2.º la *mobilità*: la quale, senza essere abolita, come nei casi di aderenze peritoneali e cellulari pelviche, è però diminuita in causa ed in ragione della maggiore pesantezza del viscere.

3.º la *dimensione longitudinale* delle sue cavità; diminuita da un tumore sviluppatosi nella sostanza del fondo uterino, aumentata quando il tumore per il suo volume è salito nella gran pelvi traendo seco il viscere a spese della porzione cervicale che viene per ciò stirata.

4.º la *ampiezza* della cavità uterina: la quale è diminuita là dove è innestato il tumore, e non lascia alla estremità della sonda quella libertà di movimenti laterali, che si hanno in un utero sano, esente da tumori.

5.º la *direzione* della cavità uterina angolosa, curva, in guisa che la punta della sonda arrestata dapprima contro la periferia inferiore del tumore, può, dietro opportuno cangiamento di direzione o di curvatura della sua estremità, trovare poi modo a proseguire il cammino e misurare l'intera profondità del viscere.

6.º lo *spessore* delle pareti uterine; il dito per la via del retto, e la mano attraverso le pareti addominali (quando queste per eccessiva pinguedine non lo impediscano) potranno misurare lo spessore del tessuto uterino, che sta fra di essi e la punta della sonda: ne risulterà allora una differenza grandissima fra il punto, in cui viene arrestata la sonda (principio o periferia del tumore) ed il suo ulteriore progresso (sede del corpo del tumore).

Col rilievo di tutti questi dati si può avere in mano tanto che basti per diagnosticare con quasi sicurezza la presenza di tumori fibrosi interstiziali od intrauterini.

Che se ci troviamo in presenza di tumori sotto-peritoneali, avremo criterii negativi dal lato della direzione e dell'ampiezza della cavità, positivi dal lato del peso e dello spessore, mentre l'irregolarità nella superficie esterna del viscere confermerà la diagnosi.

Infine se si tratterà di tumori peduncolati intrauterini, in confronto dei sessili, noi potremo avere il dato della possibilità di sentir girare la sonda all'intorno del tumore se le si fa rasentare la superficie interna del viscere, e l'eventuale arresto della sua punta quando si tenti di introdurla in linea retta lungo l'asse del viscere.

Io credo appena necessario dire che non di rado veniamo a tal conclusione piuttosto per esclusione di tutte le altre origini possibili di tali sintomi che per evidenza positiva fornitaci da ogni singolo segno patognomiconico di quest'affezione (75).

Ci resta il compito però nella prossima lezione di passare in rassegna le varie anomalie nei sintomi dei tumori fibrosi dell'utero e studiare le varie circostanze, che ponno render difficile o dubbia la nostra diagnosi.

Questi insegnamenti, che possono sembrare teorici a tutta prima, riescono poi di assoluta evidenza pratica quando la mano del chirurgo sia esercitata al maneggio dell'istrumento e goda di quel senso tattile squisito e particolare che ha fatto dire « l'ostetrico ed il ginecologo dover avere l'occhio sulle dita della sua mano. »

Trattasi di condizioni fisiche, le quali non possono essere rilevate che dai sensi e dai mezzi fisici di esplorazione: e la sonda da questo lato è emula del cateterismo vescicale per la presenza dei calcoli, della sonda esofagea nei vizii di questo canale.

DE-CRISTOFORIS.

(75) In due delle mie note antecedenti (31 e 72) ho parlato dell'uso delle spugne preparate quale mezzo curativo: qui le debbo ancora ricordare quale mezzo diagnostico, potente invero, giacchè per opera loro il tatto e talora anche la vista possono essere usufruttati fino ad ispezionare *direttamente* la cavità dell'utero, completando e rendendo certa una diagnosi che affidata all'anamnesi ed all'esplorazione digitale per la vagina e pel retto non può mai raggiungere pari grado di sicurezza fisica.

Infatti quando, usate le spugne compresse di prima misura, si è potuto ottenere una dilatazione dell'orificio interno sufficiente per ammettere con facilità il dito indice, noi potremo, spingendolo entro alla cavità del corpo, e fino al fondo, ispezionare il volume di un tumore intrauterino, la base di un tumore sessile e peduncolato; potremo ancora prendere le misure approssimative dell'aumento di spessore che la parete uterina avrà acquistato in causa di un tumore interstiziale, servendoci del senso di distanza cui si tengono un dito esplorante il retto o la mano approfondata nel ventre coll'indice dell'altra mano introdotto nelle cavità uterine.

Spugne preparate di dimensioni maggiori debbono invece essere impiegate quando vuoi: anche ocularmente ispezionare la cavità uterina; nel qual caso appena tolta la spugna già dilatata, appena asciugato il sangue che cola in seguito in vagina, lo specolo e le pinzette varranno a tener divaricate le pareti del canale cervicale e l'orificio interno, ed a permettere che l'occhio nostro penetri fino al fondo.

L'utero vuoto è suscettibile di una distensione artificiale, pari a quella che assume per sviluppo di un feto sulle prime otto o dieci settimane, o di un grosso polipo cresciuto entro alla sua cavità. La spugna col suo potere dilatatore dolce e valido raggiunge lo scopo diagnostico nella sua piena efficacia, senza riuscire un'atto operativo intollerabile nè troppo doloroso. Se la prima spugna obbliga per qualche ora la paziente al riposo in causa di dolori uterini, che s'assomigliano a quelli della dismenorrea, la seconda fa

appena sentire i suoi effetti, e la terza riesce affatto indolora: ciò nella comune dei casi.

Fra gli strumenti adunque diagnostici del ginecologo, la spugna preparata ha guadagnato un posto, si può dire, eminente per l'utilità e comodità di uso suo.

Dirò per ultimo delle dimensioni, che debbono avere le spugne pei bisogni nostri.

La lunghezza non deve esser minore di 6 centimetri per le dilatazioni di ambo le cavità uterine, nè di 3 1/2 centimetri per la dilatazione della cavità cervicale.

La forma della spugna deve esser conica; allo stato naturale deve avere una base, il cui diametro nel più grosso pezzo sarà di 4 centimetri e nel pezzo più sottile sarà millimetri 12 per esser poi ridotta (col metodo insegnato da Sims) ad un diametro di millim. 18 la prima, e di millim. 4 la seconda. Fra questi due estremi gradi di grossezza, massima e minima, stanno le intermedie per adattarsi ai diversi bisogni ed alle diverse dimensioni degli orificii e dei canali uterini.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE XVI

TUMORI ED ESCRESCENZE UTERINE

Tumori fibrosi: loro diagnosi, carattere eccezionale dei loro sintomi in alcuni casi. — Difficoltà talora di distinguerli dai tumori ovarici. — Irregolarità mestruale, e susseguente improvvisa emorragia che fa sospettare d'aborto. — Rapida soppressione delle urine in alcuni casi; suo valore. — Difficoltà di distinguere le flessioni dei tumori d'utero. — Possibilità di prenderli in sbaglio per cancro. — Casi caratterizzati da dolore intenso. — Diagnosi tra la gravidanza e il tumor fibroso, e difficoltà di scoprir quella quando è complicata con quest'ultimo. Prognosi; sviluppo generalmente lento; tavola illustrativa. — Influenza della gravidanza e travaglio; pericoli che le accompagnano e loro ragione.

Abbiamo finora considerati i sintomi dei tumori fibrosi dell'utero solo quali si hanno nei casi più semplici, senza occultazione od alterazione della loro fisionomia caratteristica. Nello studio di tutte le malattie però il nostro interesse è almeno eguale tanto colla regola come coll'eccezione; e se non vogliamo cadere in errori grossolani, bisogna che siamo pronti a svolgere la matassa intricata e trovare in mezzo ad essa il filo che può condurci bene, come dobbiamo essere pronti a seguire i segni che indicano il sentiero più battuto, e rendono impossibile perfino un istante di dubbio.

Bisogna quindi che ci occupiamo di alcuni dei casi più rari, ed io cercherò, anche a pericolo di stancare la vostra pazienza, di descrivere alcune delle molte circostanze, che ponno farci esitare nella diagnosi dei tumori fibrosi dell'utero.

Nell'enumerare i sintomi di quest'affezione si è già detto che, mentre l'emorragia ne è assai di spesso compagna, non è però costante. Può per altro accadere che, perdendo di vista in qualche caso que-

sto, che è uno dei segni più caratteristici della malattia, possiamo dubitare della sua natura, e porre la questione se il tumore che troviamo non sia connesso coll'ovario piuttosto che coll'utero istesso. Non conosco mezzi sicuri per schivare l'errore in tali casi, ma li riporto onde farvi accorti del fatto che la sola mancanza di emorragia, od anche la condizione di una scarsa mestruazione, non toglie la possibilità dell'esistenza di un tumore fibroso; come d'altra parte l'emorragia profusa accade talora in casi, in cui il tumore è indubbiamente connesso colle ovaie.

La specie di difficoltà che si presentano in qualche caso nel distinguere i tumori dell'utero dai tumori delle ovaie, e le considerazioni che ci guidano ad una soluzione (possibilmente invero non sempre esatta) della questione, saranno forse meglio comprese dal seguente abbozzo della storia d'una donna di 39 anni che fu ammessa in mia cura nell'ospedale di S. Bartolomeo nell'aprile 1851. Era maritata da 20 anni, ma ora da 18 anni vedova, il suo unico figlio essendo nato dopo un anno di matrimonio. La di lei mestruazione cominciata a 14 anni, era sempre stata regolare e scevra da ogni considerevole inconveniente, mentre era stata mai eccessiva. Essa si accorse prima di un tumore nel lato destro dell'addome tre o quattro mesi prima che capitasse in mia cura; e questo tumore era andato crescendo di mole da allora. Dacchè ossa per la prima volta si accorse del tumore, aveva avuto due o tre accessi di dolori ai lombi, seguiti da ritenzione d'orina, mentre le sue intestina erano di spesso costipate, ed abbisognavano spesso di medicine aperienti. La di lei salute generale non era seriamente deteriorata.

L'addome misurava 90 centimetri all'ombilico o circa 103 centimetri più in basso. Gli integumenti addominali erano rilasciati o assai adiposi. Un tumore mobile e solido occupava l'addome estendendosi dallo imbasso del lato sinistro della pelvi attraverso la linea mediana e arrivando a destra a circa quattro centimetri al disopra dell'ombilico a circa 7 centimetri dalla cresta iliaca destra, ma non affondandosi giù nel lato destro della pelvi come faceva nel sinistro fianco. Questo tumore era solido, non fluttuante, e la sua superficie alquanto nodosa. Alla sua parte superiore e al suo lato destro vicino all'ombilico una porzione del tumore, una specie di rampollo, era mobile sull'altra parte più grossa del tumore. Esaminando dalla vagina il dito venne subito a contatto di un tumore globoso, occupante la cavità pelvica e discendente in basso fino a due centimetri e mezzo dal pudendo. Alla parte anteriore e destra del tumore poteva sentirsi una depressione alquanto simile alla bocca dell'utero, sebbene il dito non vi potesse entrare; ma non si poteva trovare traccia di apertura in nessun'altra posizione. Un ago scanalato fu introdotto dalla vagina con qualche difficoltà entro il tumore, ma non si ottenne traccia alcuna di liquido.

In questo caso le circostanze favorevoli la supposizione che il tumore fosse ovarico, erano il suo gran volume, l'asserita rapidità del

suo crescere, il fatto della sua situazione non mediana, o l'assenza di emorragia uterina durante il suo sviluppo. D'altra parte, il solo volume del tumore non è concludente, giacchè come sapete, un tumore fibroso dell'utero raggiunge talora dimensioni enormi, mentre, inoltre, i primi stadii del suo crescere avrebbero potuto passare inosservati, tanto più per la quantità di adiposo delle pareti addominali. Di più, ad onta della frequenza della emorragia uterina come sintomo di tumore fibroso dell'utero, essa è un accidente per nulla costante, ed in alcuni dei più grossi tumori fibrosi che ebbi ad osservare, i soli sintomi indotti furono puramente meccanici. È assai raro il trovare un tumore ovarico così voluminoso senza traccia di fluttuazione; la superficie ineguale nodosa, la mobilità di una porzione del tumore sull'altra, è inoltre consona a ciò che si osserva nei tumori dell'utero piuttosto che in quelli dell'ovario. I risultati dell'esplorazione vaginale, il tumore solido, la condizione alterata del segmento inferiore dell'utero, l'assenza o quanto meno l'impossibilità di arrivare alla bocca dell'utero, a meno che fosse rappresentata dalla piccola repressione suddetta, ed infine il risultato della puntura coll'ago esploratore, tutto sembra autorizzare a concludere che il tumore fosse uterino e non ovarico.

In aggiunta a questi mezzi diagnostici, che si troveranno più o meno applicabili ad altri casi, la posizione della paziente nell'esplorazione vaginale è cosa di molta importanza. Se la donna prende l'attitudine comune il tumore cade naturalmente verso il fianco sinistro trascinando seco l'utero. Per assicurarsi esattamente dei rapporti tra l'utero e il tumore l'esame deve farsi colla paziente adagiata sul dorso, anche se fosse necessario, come assai probabilmente può esserlo allo scopo di fare un esame completo, cambiare la sua posizione e porla poscia sul fianco.

Devo forse aggiungere che la diagnosi tra i tumori uterini ed ovarici è talora ancor più oscura per la presenza di liquido nella cavità addominale. Un certo grado di ascite è invero non raro in casi di malattia ovarica: ma la sua coesistenza coi tumori fibrosi dell'utero è così rara che può esser qui trascurata. Però due volte ebbi occasione di pungere l'addome in casi, in cui un tumore fu creduto ovarico, e fu solo dietro diligente esame, dopo l'evacuazione del fluido, che la sua vera natura si fece appariscente e che si poté assicurare essere il tumore connesso all'utero o non all'ovaja. Giacchè adunque possono essere presenti le due condizioni, è prudente e saggio l'astenersi dal formare un'opinione positiva circa la natura e i rapporti di ogni tumor solido che possa sentirsi nell'addome quando è assai disteso da liquido, e attendere finchè la paracentesi abbia vuotato il fluido, e reso il tumore accessibile ad un esame completo (76).

(76) È in questi casi, rari come dice l'Autore, che la sonda è chiamata a pronunciare un giudizio quasi esclusivo e sicuro, prendendo in considerazione il peso dell'utero.

Un'altra deviazione dei caratteri ordinarii della malattia si ha quando i sintomi cominciano con gran rapidità, tali sintomi essendo in generale l'emorragia e la ritenzione d'urina. La repentina emorragia si erede talora dovuta ad aborto e ciò sulla sola opinione della paziente che si crede gestante, spesso infatti per desiderio più che per vera credenza. La gran salvaguardia contro questa classe di errori consiste nel prender mai per accertate le asserzioni della paziente circa l'esistenza della gravidanza, ma nell'interrogarla strettamente sempre riguardo alla data della sua anteriore menstruazione, ed alle prove della sua creduta condizione; e se si fa così non di rado risulterà che una asserzione fatta il più francamente non è sostenuta dalla menoma prova. Inoltre, la emorragia provocata da un tumore fibroso è di solito più copiosa di quella di un aborto precoce, è spesso senza dolore, mentre quando v'è dolore, non è della stessa natura, nè il dolore e l'emorragia cessano contemporaneamente come quando avviene l'aborto. Il rinnovarsi senza causa dell'emorragia nei casi di tumori fibrosi, toglie in generale il dubbio che poteva aversi; mentre se si fa un esame in vagina, scbbone in ambo i casi l'utero sia più pesante del naturale, pure lo sviluppo delle labbra della bocca utorina, la sua condizione aperta, la mollozza del suo tessuto dopo un recente aborto, differiscono assai dal tessuto solido resistente del collo dell'utero nell'opposto caso, in cui le labbra sue non sono sviluppate, mentre che il suo orificio è piccolo e appena pervio.

L'altro modo, col quale i sintomi talora si manifestano subitanamente, è il sopraggiungere d'una gran difficoltà nell'emettere l'urina, o nella sua ritenzione necessitante l'uso del catetere.

La ritenzione accidentale dell'urina è un fenomeno niente affatto raro, indipendentemente da malattia organica in donne di temperamento isterico, e per sè solo non può considerarsi come caratteri-

Chi ha avuto occasione di esplorare donne affette da versamento sieroso peritoneale (ed a me è occorso più volte nel comparto speciale dell'Ospitale Maggiore) avrà dovuto rimarcare l'estrema leggerezza che presenta l'utero nuotante nel liquido, tale che appare atrofico, piccolissimo, ad onta che sia normale e che tale lo si debba ritenere per avere regolarmente esercitate le funzioni sue riproduttive. Tale senso di estrema leggerezza e piccolezza, mancò assolutamente di manifestarsi al mio dito nelle poche occasioni, in cui la donna era gestante ed ascitica; a ragione quindi la pesantezza del viscere, rilevata dalla sonda, devesi ritenere quale criterio essenzialissimo di diagnosi differenziale fra tumore fibroso dell'utero e cisti ovarica quando havvi presenza di versamento peritoneale. Nei due casi citati dall'Autore la sonda avrebbe chiarito lo stato vero delle cose e portata luce piena alla diagnosi.

DE-CRISTOFORIS.

stico di alcuna affezione in particolare. È però bene fissarsi in mente che è talvolta il primo indizio dell'esistenza di tumori fibrosi dell'utero, mentre tanto essa che la disuria, ed il mingere assai frequente sono men comuni compagni dei tumori ovarici, eccetto in quei casi in cui sono affetti ambedue gli ovarj, e l'uno occupi la pelvi mentre l'altro riempia la cavità addominale. La ragione di questa differenza tra il tumore ovarico e l'uterino io credo debba trovarsi nella tendenza del tumor ovarico ad innalzarsi fuori della cavità pelvica, mentre il tumor fibroso dell'utero continua nella sua situazione originaria, e, a misura che ingrossa, preme contro il collo della vescica o porta l'utero più e più all'innanzi, finchè giunge a premere sul collo della vescica, ad irritarlo, e anche ad opporsi meccanicamente all'escrezione de' suoi contenuti.

Quest'ostacolo alle funzioni della vescica è di solito più evidente in quei casi, in cui il tumore deriva dalla parete anteriore dell'utero e riferisco il seguente caso per illustrare tanto questo fatto, quanto un altro che fu già riportato, cioè il modo con cui una causa non comune di congestione uterina può produrre una idea chiara e penosa di una sequela di sintomi poco sentiti dapprima, fors'anco appena sospettati.

Una donna di 35 anni, da 11 mesi maritata, ma che fu mai gravida venne ammessa in mia cura nel Dicembre 1852. Prima del suo matrimonio, la dismenorrea abituale fu la sol forma di poca salute, di cui ebbe a soffrire, ma dopo d'allora fu travagliata da voglia frequente di urinare, e dolor forte e costante ai lombi, esasperantesi collo stare in piedi. L'urina o era naturale o dava un precipitato di litati. Il caso sembrava a tutta prima e semplicemente per una congestione uterina in seguito al matrimonio, e il sanguisugio locale, però un leggier sollievo temporario ai sintomi. Però all'esame della vagina si trovò la bocca dell'utero rivolta molto all'indietro, leggermente aperta; mentre un tumore di forma rotonda, che si sentiva distintamente al davanti della cervice premeva immediatamente contro la vescica, e la sonda, introdotta in vescica, incontrava alla sua introduzione quest'istesso ostacolo, che si superava solo dopo un po' di manipolazioni, sebbene in nessun tempo si avessero prove dell'esistenza di malattia di questo viscere. La posizione della bocca dell'utero, e la circostanza della sua quasi completa chiusura, mentre nei casi di flessione dell'utero è pressochè sempre aperta, erano due ragioni, che mi condussero a considerarlo come un caso di tumore uterino non di antiflessione d'utero. In altri casi di tumori della parete anteriore uterina, osservai un grado quasi simile di irritabilità della vescica ma associato ad emorragia e ad altri sintomi caratteristici dei tumori fibrosi dell'utero, che mancavano in questo caso.

La distinzione tra i tumori fibrosi della parete posteriore uterina e la retroflessione dell'utero, è spesso accompagnata da altrettanta difficoltà quanto quella che si ha tra i due stati opposti di antiflessione e tumore della parete anteriore. Questi casi illustrano un fatto

rimarchevole, a cui già si avvertì parlando delle flessioni dell'utero, cioè il manco di ogni rapporto costante tra la forza di pressione meccanica sul retto e il grado di difficoltà nella defecazione. Talora infatti, la presenza di un tumore tanto voluminoso da riempir quasi completamente la cavità della pelvi, sarà apponno associato a qualche difficoltà di evacuare l'alvo, o la presenza di muco nelle evacuazioni darà prova non fallace dell'irritazione ivi suscitata. Lo sviluppo comparativamente lento di un tumor fibroso, e il tempo in conseguenza voluto per l'adattamento delle parti ai loro nuovi rapporti, ha senza dubbio molta parte nello spiegare la completa mancanza di qualche seria difficoltà nella defecazione; d'essa si verificò solo in 4 casi sui 96 che servirono di base alle mie osservazioni. Nulla però è più variabile del dolore concomitante i mali uterini; e cause che agiscono per mezzo del sistema generale, come pure altro più locali nella loro influenza, eccitano spesso intense sofferenze per qualche malattia d'utero che esisteva da mesi od anni prima, senza che producesse dolori forti, fors'anco senza che desse occasione a serio inconveniente.

Ma nè la somma di dolore nè il grado di difficoltà nella defecazione, ponno aversi come mezzi offerenti qualche indizio a risolvere la quistione, se abbiamo a fare con un utero retroflesso o con un tumore fibroso della parete uterina posteriore. I rapporti esatti del tumor, il fatto del tessuto della cervice dell'utero, che trapassa entro quello del tumore — segno caratteristico di flession d'utero che il tatto sperimentato sarà in generale capace di apprezzare — lo stato della bocca dell'utero, e i risultati dell'introduzione della sonda uterina — che toglierà lo spostamento e ci darà cognizione del peso del viscere — (supposto sempre che ve la possiamo introdurre, sebbene ciò sia talvolta impraticabile) sono in generale sufficienti a prevenire l'errore. Ad onta di tutta la cura però possiamo trovare qualche volta casi in cui è assai difficile l'arrivare ad una diagnosi certa. È d'uopo avvertire che l'importanza di un'esatta diagnosi non consiste in questi casi nel condurci essa ad adottare un piano speciale di cura, ma piuttosto nell'abilitarci a dissipare inutili inquietudini, nell'assicurare le nostre pazienti che vi può essere qualche deviazione d'utero, ma che non v'è malattia dell'organo, nè ragione alcuna per temere un aumento di patimenti, ed ancor meno di star in apprensione per una malattia *lenta* e dolorosa.

L'istoria sola di un tumore fibroso può spesso far nascere sospetto che l'ammalata è affetta da cancro, perchè ponno esservi dolori ed emorragia, o la salute declinaro sotto la loro continuazione, mentre non si richiede che la poca attenzione alla nettezza, e il permettere ai coaguli di restare in vagina ed ivi corrompersi per produrre il terzo sintomo, la perdita fetente, la quale è al spesso considerata come quasi patognomonica di malattia maligna dell'utero. Un'esplorazione vaginale però è di rado insufficiente a chiarir ogni incertezza; tanto vi è di comune tra il piccolo orificio, le labbra sottili

o non sviluppate che coesistono col tumore fibroso, e l'erificie semi-aperta colle labbra ingrossate, dure, irregolari e nodose che caratterizzano il cancro dell'utero.

Però l'errore è puro possibile, e il dottor Montgomery nella sua bella memoria, di cui già si feco cenno, ricorda alcuni casi, in cui la pressione di un tumor fibroso, che stava appunto per sporgere attraverso la bocca dell'utero contro il segmento inferiore dell'utero, o la conseguente alterazione nella condizione della cervice, condussero all'erronea supposizione che esistesse cancro. L'attenzione deve preservare, io credo, dal cadere in questo errore. Ancor più difficile però è la diagnosi tra il cancro del corpo dell'utero e il tumor fibroso dell'organo; v'ha molto pericolo, ad onta di molta vigilanza, di prendere la più grave per la meno seria malattia. Quando parlerò del cancro dell'utero, avrò presto l'occasione di riportarmi di nuovo a questo soggetto. Per ora basterà dire che il progresso più rapido della malattia maligna, l'ostinazione dell'emorragia, e la sua maggior abbondanza — condizioni però non necessarie — o la mancanza di mobilità dell'utero — quantunque il suo volume non sia tale da completamente occupare la cavità pelvica, — sono alcuni dei più importanti caratteri per cui possiamo ordinariamente riconoscere quella rara affezione, il cancro del corpo dell'utero.

Sebbene non facili a produrre qualche errore positivo nella diagnosi, vi è però un'altra deviazione dai sintomi ordinarii dei tumori fibrosi dell'utero, che richiede qualche cenno. Accade qualche volta che sono accompagnati da accessi di dolore di tale intensità da esser quasi insopportabili, il dolore essendo evidentemente di carattere neuralgico, cessante tutto ad un tratto, ricomparsa senza causa, ed essendo ben poco modificabile da qualunque genere di trattamento. Questi accessi non sembrano dipender dal volume del tumore, nè dalla sua situazione, e di certo non sono in nesso con una speciale pressione da lui esercitata su qualche visceri o sistema di visceri. In un caso, in cui continuò per anni a ritornar di quando in quando, restando negli intervalli un senso di peso o bruciore riferibile all'utero, il tumore era incastrato, per quanto si poté accertare, nella parete posteriore uterina. La mestruazione era irregolare ma profusa; la sua comparsa non aveva influenza nè a crescere nè a diminuire il dolore uterino. La paziente fu varie volte in mia cura con poco vantaggio, o molti tentativi vennero fatti coi preparati di iodio, senza che essa potesse continuarne l'uso. Alla fine dopo il lasso di quattro anni essa poté prender l'iodio senza i disturbi di salute che produceva la prima volta, e dopo averne continuato l'uso per circa sei settimane, tanto il dolor permanente che il parossismale erano di molto diminuiti, quantunque la condizione del tumor rimanesse inalterata.

L'altro caso fu di carattere ancora più rimarchevole. Una donna robusta, di apparenza abbastanza sana, ma la cui faccia alquanto tumida conformava i sospetti destati dalla sua professione, essendo

moglio di un oste, si presentava una mattina all'ambulanza dell'Ospitale S. Bartolomeo. La sua apparenza e i suoi modi allora presentavano ogni segno della più intensa angoscia; aveva gocce di sudore sulla fronte, la pelle fredda e viscosa, e il polso debole. Con queste manifestazioni di estremo patimento era associata disposizione al pianto ed anche forte senso di globo isterico. Dopo essere stata un poco a letto, il dolore intenso si calmò, ed allora narrò la seguente storia di sé: Aveva 33 anni, era maritata da 17 anni, aveva avuto un figlio vivo ad otto mesi, e aveva abortito tre volte nei primi tempi; erano trascorsi 12 anni dal suo ultimo aborto. I catamenii furono sempre regolari nei loro periodi, ma gli ultimi due anni la perdita era stata più profusa di prima. Per 16 anni aveva avuto accessi irregolari di dolori simili a quelli, di cui soffriva quando capitò da me, ma gli accessi eran sempre stati mitigati dallo ventose e sanguisughe. Per 8 anni però il dolore era ritornato regolarmente immediatamente dopo la cessazione della mestruazione, ed aveva durato per circa una settimana dopo ciascun periodo, i parossismi ritornando ogni due ore, e durando da mezz'ora ad un'ora. La di lei salute era in generale migliore per una settimana prima, e talvolta durante la mestruazione, sebbene i dolori fossero assai cresciuti di intensità, e fossero talvolta prodotti dalla fatica o dal coito, mentre il riposo in posizione orizzontale sempre li moderava. La paziente lagnavasi inoltre di una specie di dolor di crampo nel mingere, e di difficile defecazione come se qualche cosa restringesse il passaggio delle feci. Quando il dolore l'assaliva si metteva a sedere sul letto agitandosi dall'uno all'altro lato, piangendo ad alta voce, lagnandosi di dolore simile alle doglie di parto ed anche di senso di soffocazione: fenomeni che cessavano tutti a poco a poco nello spazio di circa mezz'ora. L'addome era tumido, il suo volume che era ragguardevole in parte dovevasi a grasso, di cui eran ben forniti gli integumenti; nel porvi sopra la mano, si eccitava subito lo spasmo dei muscoli addominali; e questo per alcuni minuti impediva ogni tentativo fatto per determinare se qualche tumore vi avesse sede o no, sebbene dopo un po' questo venisse stabilito negativamente. L'utero era situato assai basso nell'asse del distretto inferiore; il suo labbro anteriore era quasi 2 centimetri più lungo del posteriore, il tessuto della cervice sano, la bocca circolare o leggermente aperta. Al di dietro e alla sinistra dell'utero ed estendentesi pure un po' sul davanti v'era un tumore resistente, ineguale, nodoso, sensibile alla pressione, connesso, sebbene in apparenza non molto intimamente, coll'utero, ma che fu accertato dietro ripetuti esami e colla prova della sonda uterina, la quale scoprì che la cavità del viscere era lunga 11 centimetri — essere realmente un'escrescenza dell'utero e non un tumore semplicemente connesso colle sue dipendenze.

Alla prima si amministrò il chinino a dosi forti e ripetute a brevi intervalli, ma con poco effetto; e posso dire la mia opinione in generale, che il chinino fallisce più spesso ad arrestare la neuralgia

uterina che non a moderare il dolore avente sede in altri sistemi di nervi. Pei il dolore fu tenuto in freno dall'opio, e la paziente abbandonò l'ospedale migliorata, ma non più di quelle che poteva aspettarsi dalla quiete, da una dieta regolata e col prevenire ciascun accesse con appropriate trattamento.

Fureno ora così passate in rivista le particolarità più frequenti e più importanti di queste produzioni; ma deve farsi qualche parola della distinzione tra i tumori fibrosi e la gravidanza, e della discriminazione della gestazione quando essa coesiste coi tumori. Dei due io credo l'ultimo di gran lunga il più difficile; e invero quando troviamo il volume dell'utero chiaramente aumentato per produzioni fibrose, è quasi error perdonabile l'attribuir loro l'intera massa accresciuta dell'organo, e perder di vista la possibilità di una causa fisiologica che abbia una parte nella produzione dell'ingrossamento. Non si possono dar norme tali da far sempre evitare l'errore; la miglior salvaguardia deve si forse cercare nel farsi una regola di norma di constatare in ogni caso di tumore dubbio la non esistenza della gravidanza prima di inoltrare un passo per formare una diagnosi. Devesi ricordare, comunque sembri tristemente strano, che non v'è malattia comunque formidabile e disgustosa ad enta della quale non possa aver luogo l'atto sessuale e la concezione. La fistola vescico-vaginale, la più disgustosa o ripugnante delle malattie degli organi esterni, i cancri della vagina e dell'utero, sene ben lungi dal riescire un ostacolo alla coabitazione, come potrebbe credersi: coabitazione cui spesso la donna si sottopone da parte sua con dolore fisico e angustia di anime; perchè infatti nel suo sesso molte mene frequentemente che nel nostro « il Centauro non della favola » trova la sua più adatta illustrazione.

Si è già riportate la differente condizione dell'utero in gravidanza da quella che presenta quando è ingrossato per tumori fibrosi; e lo stato dissimile delle labbra e dell'erificio uterine, e la diversa consistenza del suo segmento inferiore allargato, basteranno in generale a salvare dall'errore l'attento osservatore. E infatti col fidarsi dell'evidenza dedotta da uno o due sintomi di gravidanza, e col non prendere in debita considerazione la controprova offerta dagli altri sintomi, che si commettono quasi sempre errori. Si trova l'utero ingrandito, il suo segmento inferiore espanso; sono dalla paziente avvertiti movimenti supposti del feto, si scorge forse rassomigliante il soffio uterino, e si presume ad un tratto l'esistenza della gravidanza, non tenendosi conto alcuno della comparsa dell'emorragia, del nessuna sviluppo delle labbra dell'utero, e di quelli altri fenomeni che avrebbero dovute destar sospetto, e che, debitamente apprezzati, avrebbero subito prelate essere puramente un caso di tumore uterino. È bene tener a mente che, quantunque sempre di rado, pure accade più di frequente in casi di tumori fibrosi, che in ogni altro malore uterino, il fatto del percepirsi un suono molto simile al soffio uterino, e corrispondente ad esso nella sua posizione e nell'estensione

di superficie (*). La cautela che impongono questo fatto non deve perdersi di vista in ogni caso di dubbia gravidanza.

La complicazione dei tumori fibrosi colla gravidanza può faro serio ostacolo a scoprire tale condizione, in parte per lo spostamento dell'utero che produce di spesso, per la consecutiva alterazione di forma del viscere e la difficoltà che può riscontrarsi nel cercar di arrivare alla bocca dell'utero; e in parte per l'ostacolo, che il tumore stesso può opporre allo svolgimento dei cangiamenti fisiologici dell'orificio, collo, e segmento inferiore dell'utero.

Tempo fa ebbi un caso in osservazione all'ospitale, in cui non riconobbi la esistenza della gravidanza; ed io voglio raccontarvene alcuni particolari, come dimostranti le circostanze che ponno cospirare a mettervi fuori di guardia, e ad oscurare quasi affatto i sintomi usuali di gravidanza.

Una donna di 38 anni, maritata da 12 mesi, ma che non fu mai gravida, asseriva aver goduto di salute abbastanza buona ed esser stata regolarmente mestrata fino a 7 settimane prima di venire accettata: epoca in cui la perdita era cessata improvvisamente dopo un raffreddamento. Quattro mesi prima che io la vedessi, si accorse per la prima volta di un ingrossamento duro, indolente, del volume di un ovo circa al disotto e a destra dell'ombelico, e questo aumentò finchè raggiunse la metà del suo volume consecutivo senza disturbo alcuno di salute. Dopo la cessazione dei mestruj essa soffrì di dolore al dorso ed ai lombi, che leggieri dapprima a gradi eran diventati assai forti, e alla fine l'obbligarono a richieder soccorso medico. Il sanguisugio o il riposo alleviarono il suo dolore, ma il tumore crebbe gradatamente di volume. Tre settimane prima di essere ammessa, una perdita, che diceva mestruale, fece la sua comparsa e continuò per una settimana, quando cessò per due giorni, ma poi ritornata, continuava ancora quando la paziente si affidò alla mia cura.

L'addome era occupato da un tumore, che non era simmetrico, ma prominente a destra più che a sinistra dell'ombelico, arrivando quasi al suo livello, estendendosi fino a tre centimetri circa dalla cresta dell'ileo sinistro ed occupando pienamente la regione iliaca destra. Era duro, non cedevole, sembrava circa del volume della testa di un bambino, era dolente alla pressione sulla parte più prominente. Esaminando dalla vagina, il dito arrivava subito a ridosso di un corpo sferico occupante la metà posteriore della pelvi e premente il collo dell'utero fortemente contro la sinfisi pubica. Questo tumore, che era resistente quantunque alquanto elastico, cominciava subito dietro

(*) Nel caso rimarchevole di Walter, a cui già si fece allusione, un soffio forte contribuì per qualche tempo a render oscura la diagnosi. Parecchi casi di forte soffio uterino coesistente con tumore e indipendente da gravidanza sono citati da Depaul *Trattato d'ascoltazione ostetrica* 8° Parigi 1847, pag. 209-222. Io l'osservai in un solo caso su 93, sui quali si fondano queste osservazioni. Questa volta pure l'errore fu appena possibile, perchè il suono era accompagnato da un fremito distinto, ed ambedue parevano aver sede nell'arteria epigastrica sinistra e sue diramazioni.

la cervice dell'utero, la quale era lunga circa un centimetro e mezzo, lo labbra molli e l'orificio aperto abbastanza da immettere il dito, mentre il canal cervicale non era chiuso, nè poteva scoprirsi in esso alcun turacciolo mucoso.

Dopo l'accettazione della paziente vi fu ben poca emorragia dell'utero, ma ebbe attacchi frequenti di dolori violenti di natura espulsiva. Gli opiatî mitigarono la severità di questi accessi e frenarono la loro frequenza, e scorso un mese la paziente lasciò l'ospedale assai migliorata, il suo addome misurando 83 centimetri all'ombelico, come il giorno della sua accettazione.

Un mese dopo aver lasciato l'ospedale essa partorì prematuramente un feto morto circa al sesto mese di gestazione, e la sua guarigione dopo il parto fu ritardata da un attacco d'inflammazione uterina, di cui la paziente parlava come di affare serio. Nove settimane dopo il parto la rividi di nuovo, e trovai il suo utero assai in basso e fisso nella pelvi; la cervice ingrossata, allungata e molto ispessita, era strottamente in apposizione colla parete pelvica anteriore, mentre un grosso tumore connesso e crescente dalla parete posteriore dell'utero riempiva completamente la cavità della pelvi, e contribuiva assai all'immobilità del viscere.

Sarebbe ozioso il dilungarsi sulle ragioni, che rendevano la diagnosi di gravidanza così difficile in questo caso, o che infatti impedirono ne nascesse qualunque sospetto. Non sospettata dalla stessa paziente, alcuni de' suoi sintomi furono senza dubbio non marcati da essa; mentre il continuare di una perdita come quella dei mestri, la sua susseguente soppressione per breve periodo, la sua ricomparsa e persistenza per tre settimane prima che venisse accolta nell'ospedale, tutto sombrava manifestazione più evidente di una malattia che risultato ordinario della gravidanza. L'esame inoltre scoprì un tumore occupante la cavità pelvica, il quale era chiaramente fibroso. Quest'istesso tumore impediva che avessero luogo i cambiamenti ordinarii nel segmento inferiore dell'utero, e condusse così a credere che esistesse solo malattia uterina. Sapete però che una diagnosi accurata implica non solo la scoperta della malattia della paziente, ma il formarsi un giusto giudizio riguardo tale paziente sotto tutti i riguardi. Il profano sente così poco rispetto di una diagnosi incompleta come di una affatto erronea.

Non è possibile, riguardo ad una malattia il cui progresso è tanto variabile e il decorso così incerto come quello del tumor fibroso dell'utero, il fare alcuna dichiarazione generale concernente la prognosi, giacchè sono assai numerose le contingenze per cui può modificarsi la condizione della paziente. Questo però può stabilirsi: che, a parte i rischi accompagnanti la gestazione o il parto, i tumori fibrosi in generale non tendono, neppure rapidamente, a distruggere la vita, sebbene menomino la salute di una persona, e debbano spesso farla facile preda di qualche malattia intercorrente. In uno solo dei 96 casi, su cui sono basate queste osservazioni, la paziente

morì di emorragia, e il fatale evento in questo caso avvenne nove anni dopo la comparsa dei primi sintomi di malattia; mentre negli altri due casi fatali la morte derivò da infiammazione peritoneale ed uterina dopo il parto. La qui unita tavola, che mostra la durata dei sintomi all'epoca in cui le pazienti vennero la prima volta sotto la mia osservazione, mostra il decorso comparativamente lento dell'affezione.

I sintomi durarono meno di		1 anno in 23	
n	tra	1 e 2 anni in	8
n	n	2 n	3 n 5
n	n	3 n	4 n 13
n	n	4 n	5 n 10
n	n	5 n	6 n 9
n	n	6 n	7 n 4
n	n	7 n	8 n 4
n	n	8 n	9 n 2
n	n	9 n	10 n 3
n	n	10 n	11 n 4
n	n	11 n	12 n 3
n	n	12 n	13 n 2
n	n	13 n	16 n 3
n	per	— n	20 n 1
n	n	— n	23 n 1

In 1, che

morì dopo il parto, il tumore non fu sospettato finchè il travaglio ebbe luogo.

Totale, 96.

Diversamente adunque da ogni forma di malattia maligna, il fibroma uterino non mostra tendenza costante ad avanzare o a crescere; e se siamo costretti ad ammettere che la medicina non fornisce mezzi certi, con cui arrestarne lo sviluppo, e che la chirurgia può essere sol di raro dimandata in nostro aiuto, è pure una consolazione il potere con piena veracità assicurare le nostre pazienti che il male molto temuto è però meno formidabile di quanto si supponeva, e molto meno di quanto spesso fu dichiarato.

Però eccettuai pensatamente una contingenza quando menzionai il rischio di vita relativamente piccolo per il fibroma uterino, e parlai della malattia facendo eccezione pei pericoli, che l'accompagnano quando si associa a gravidanza, travaglio, e stato puerperale. Vedemmo già che l'esistenza di fibroma nell'utero diminuisce le probabilità di concezione, ed è una fortuna che sia così, perchè l'accresciuto afflusso di sangue verso l'utero, occasionato dalla gravidanza, accelera di certo lo sviluppo di qualunque tumore, che vi sia attaccato. Infatti la gravidanza, quando si verifica, ha spesso una

fine promatura perchè la presenza di un tumore nelle pareti dell'utero impedisce lo sviluppo regolare del viscere, e così in molti casi abbrevia il termine della gestazione. Non molto tempo fa ebbi in cura una paziente, in cui l'esistenza di un tumore entro la parete sinistra dell'utero venne accertata subito dopo un aborto avvenuto in apparenza senza causa. Avvennero dappoi quattro altri aborti in succezione, cui non si può assegnare altra ragione che quella suggerita dal tumore uterino.

Ma vi sono mali maggiori della sterilità o della fino precoce della gravidanza, a cui sono soggette le donne affette da fibroma uterino. Gli annali medici sono pieni di casi illustrativi del carattere pericoloso di questa complicazione, che può esporre la paziente ad uno o a tutti i tre differenti pericoli. Il tumore può meccanicamente impedire il passaggio del feto fuori della pelvi e obbligare perfino al taglio cesareo: può imbarazzare l'efficiente contrazione dell'utero dopo l'espulsione della placenta, ed esporre così la malata all'emorragia, che sarà assai difficile il frenare: infine può impedire il processo d'involuzione dell'utero dopo il parto, e può o osso stesso subire un rammollimento, una fusione morbosa, o può essere l'occasione di peritonite sempre pericolosa, troppo spesso letale, in nesso coll'inflammazione della sua sostanza propria o con quella dell'utero, o indipendentemente da essa.

Mentre credo che il rischio di ognuno di questi possibili accidenti complicanti il travaglio sia reale e serio, nondimeno opino che il pericolo fu esagerato da alcuni scrittori di ben meritata riputazione. Non v'ha dubbio che i pericoli derivano in gran parte dall'intimità di rapporti fra il tumore ed il parenchima uterina; e che quelle escrescenze peduncolate, che sorgono dalla superficie peritoneale dell'utero, non sono di gran momento, eccetto in quanto pel loro volume e posizione invadono la cavità pelvica e impediscono il passaggio del feto. Conosco 4 donne, di cui una partorì un figlio, le altre parecchi, dal fondo del cui utero sorge un tumore avente tutti i caratteri del fibroma; oppure ad eccezione di qualche disposizione all'emorragia in due casi (e in questi non difficile a frenare) il travaglio o lo suo seculo non furono interrotte da alcun impensato accidente. Ancho in altri casi, le eccezioni per un fine sfavorevole sono troppo numerose per autorizzarci ad ammetterlo che la disposizione a snucleamento e rammollimento o suppurazione del tumore sia un compagno invariabile di gravidanza avanzata come supponono alcuni scrittori. La mia propria esperienza pure mi conduce ad associare l'esito fatale, quando ha luogo, più all'inflammazione del peritoneo che a qualche cambiamento costante della sostanza del tumore, mentre da ultimo non si deve dimenticare che il rammollirsi, lo sfasciarsi dei fibromi, quando avvengono fuori di gravidanza, non è accompagnato da alcun sintomo grave (*).

(*) Riguardo a questo soggetto ed alle quistioni pratiche, che vi si connettono, il

La portata di questi fatti sulla questione dell'indurre il parto prematuro per gravidanza, complicata da fibromi dell'utero, deve riservarsi a dopo che vi avrò detto quel poco che v'è da dire riguardo alla cura generale della malattia.

lettore può consultare Puchelt, *De tumoribus in pelvi partum impediuntibus*, Heidelberg, 1840, cap. I, II, V, pag. 58, 66, 104. — Ashwell, *Guy's Hospital Reports*, vol. I, pag. 350. — Lever, *ibid.* vol. VII pag. 98 103; ed alcune osservazioni del dottore Simpson che apparvero prima nell'*Edinburgh Monthly Journal*, Agosto 1841, e che sono ripublicate a pag. 833 del vol. I della collezione delle sue *Gynaecological Works* 8.^o Edimburgo 1855.

LEZIONE XVII

TUMORI ED ESCRESCENZE UTERINE

Tumori fibrosi. — Trattamento. — Misure precauzionali per ritardarne lo sviluppo; modo di condursi nei periodi mensili, e cura palliativa. — Asseriti palliativi: iodio, bromo, le acque di Kreuznach. — Processi chirurgici; grave pericolo che li accompagna. — Cause di pericolo e modo di condursi nella gravidanza e travaglio complicati da fibromi.

Veniamo ora per ultimo a considerare la cura dei tumori fibrosi dell' utero. Invero il trattamento di una malattia irrimediabile può sembrare che richiegga un breve conno, e presenti ben poco interesse al medico studioso. Ma nel fatto non è così. È largo il campo all'ingegno nel palliaro un male incurabile, come nel guarire una malattia che dà il più ampio mezzo dell' arte salutare di mostrarsi sovrana; e vi sono anche occasioni pur troppo numerose, in cui esercitare quella dolce carità, che rende la nostra professione nel suo giusto esercizio una benedizione così pura al genere umano. Più innanzi dovrò addurre le stesse ragioni per richiedervi della vostra più intensa attenzione circa la cura del cancro, e di altri mali più disperati, più costantemente e prontamente fatali di quelli che stiamo ora studiando. Ve le raccomando ora però giacchè v'è pur troppo una disposizione naturale da parte dello studente e del giovane praticante a fissare la loro attenzione alle grandi malattie che ammettono i gran rimedii, e passar quasi inosservati i mali lenti, tediosi, in cui lo sofferenzo di ogni giorno sono simili a quelle del giorno innanzi, con nessuna speranza invero del ritorno alla salute, ma con un declinare così lento, improntato da così pochi accidenti, quanto è dell' ombra che sul quadrante solare sembra muoversi appena appena.

Per fortuna nel caso attuale, la malattia ha spesso delle pause

nel suo corso, le quali sebbene incerte tanto nel loro accadere come nella lor durata, sono però abbastanza frequenti per dare un po' di bagliore alle prospettive delle pazienti. Queste poi sono ancor più incoraggiate dal caso raro di una perfetta guarigione, operata di quando in quando per mano della natura; mentre a suo riguardo noi possiamo predire così poco, che ogni paziente con quasi egual ragione può sperare di essere dessa la fortunata eccezione alla regola generale.

Già abbastanza vedemmo le condizioni che favoriscono lo sviluppo e l'aumento dei tumori fibrosi per poter inferirne la natura di quelle precauzioni, con cui se ne può ritardare l'ingrossamento. Troviamo il loro crescere più rapido, e i loro sintomi più formidabili in generale durante gli anni dell'attività generativa, che non dopo il tempo, in cui queste funzioni hanno cessato: mentre la gravidanza e le sue conseguenze non sono associate a certi pericoli reali, ma sembrano associarsi ad una molto celere proporzione di sviluppo della malattia. Quindi può ritenersi come una circostanza fortunata quando i sintomi di quest'affezione si fanno sentire comparativamente tardi nella vita: e allora azzardiamo di far sperare alla nostra paziente che avrà luogo un miglioramento quando cesserà la mestruazione. Quindi una prognosi ancor più incoraggiante può di solito pronunciarsi nel caso di una donna maritata o di una vedova, che non di un'altra che sia ancora convivente col marito. Astrazione fatta invero dalla comparsa della gravidanza, non si può dubitare che il puro atto sessuale sia dannoso alle pazienti di fibromi, e che la congestione dell'utero e dei visceri pelvici, e l'accresciuta vitalità degli organi sessuali prodotta dall'atto venereo favorisca il suo aumento. Se adunque la vostra malata è donna maritata sarà vostro dovere informarla di questo fatto; in generale non è dover vostro il far di più perchè spesso vi sono involte complicate quistioni fisiche e morali che voi non dovete ignorare, e nelle quali, non richiesti, non avete diritto d'entrare.

Ma mentre bisogna che voi in gran parte lasciate che tal cosa venga regolata dalla vostra paziente, vi sono altri punti in riguardo ai quali il vostro consiglio può essere fuori di luogo. Indipendentemente dai rischi d'emorragia, che accompagnano il periodo mestruale, questo è sempre sfavorevole a tale classe di pazienti, e quanto più potrete farlo tranquillamente attraversare ad esse, tanto meglio sarà. Il riposo assoluto per tutto il tempo di ciascun periodo è di grande importanza; mentre, se è accompagnato da molta emorragia o da vivo dolore, la paziente deve restare a letto per le prime 48 ore, non deve muoversi più in là del sofà durante tutto il tempo che quella continua. Se comincia con forti dolori, come ne è quasi sempre il caso, con sensibilità addominale, poche mignatte all'ipogastrio od alla parte sensibile del tumore che si sente attraverso le pareti del ventre saranno spesso di molto servizio; ma la circospezione che già diedi riguardo all'inopportunità di porre mignatte all'utero ap-

pena prima del cominciare di un periodo mestruo, vale anche in questo caso. Tanto il dolore come l'emorragia sono spesso assai diminuite non solo col tener l'intestino regolato in ogni tempo, ma anche col dare un aperitivo appunto prima che cominci la perdita. Se la mestruazione fosse eccessiva, il caso deve trattarsi appunto come ogni altro caso di menorragia, ed in anticipazione di perdita profusa di sangue ponno impiegarsi gli astringenti fin dal primo giorno della comparsa della perdita. Non di rado v'ha disposizione ad emorragie intercorrenti tra i periodi, che si ponno in molti casi deviare col riposo assoluto durante quel tempo, collo schivare tutti i stimolanti, coi salini e sedativi, come il citrato di potassa, colla tintura di iosciamo, o coll'applicazione di poche sanguisughe all'addome, se le minaccie di perdita di sangue sono accompagnate da molto dolore. Non credo che nel caso di tumor fibroso dell'utero si guadagni molto coll'applicazione diretta delle mignatte all'utero, quantunque nella semplice ipertrofia dell'organo costituisca il nostro modo più attivo di trattamento. Talora però quando la mestruazione è scarsa e dolorosa (come ne è allora in generale il caso), o quando v'è considerevole sensibilità uterina, condizione di gonfiore ed indurimento della cervice, molto si ottiene da questo mezzo. Credo però che allora è lo stato generale dell'utero piuttosto che il tumore dell'organo che riceve beneficio. Lo star molto in piedi, le molte fatiche, specialmente il passeggiare troppo, sono tutte cose inamissibili perchè tutte tendono a produrre e sostenere uno stato congestivo dei visceri pelvici. Se però queste cose sono sconsigliate e la paziente è perciò condannata ad una vita sedentaria, è chiaro che per mantenere la sua salute bisogna che addotti una dieta mite non stimolante, che dessa viva più semplicemente e anche più parcamente di prima. La misura della salute, del benessere e delle utili facoltà della paziente dipende dal grado di fiducia, col quale voi potete imporle ed indurla ad adottare questo genere di vita astemia, e dipende dalla facoltà sua nel perseverarvi mensilmente per anni consecutivi.

Gioverebbe ben poco il ripetere tutto quello che si disse già prima quando si trattò della dismenorrea e dell'eccessiva mestruazione, perchè i precetti dati allora e i rimedii allora suggeriti convengono egualmente alla mitigazione del dolore ed alla soppressione dell'emorragia quando dipende da tumor fibroso. Non sarà però superfluo l'aggiungere che la continua osservanza delle regole igieniche prescritte è di maggior importanza dell'uso di medicine per la mitigazione permanente dell'uno o dell'altro di questi sintomi.

Ma si potrebbe domandare se non v'ha rimedio che eserciti una influenza specifica sulla formazione di questi tumori, se non ve n'ha alcuna con cui possiamo ottenerne l'assorbimento, od esser sicuri almeno di arrestarne la produzione? Io penso che un tal rimedio non esista, o almeno che non sia stato al presente scoperto. I mercuriali per certo non hanno una tale influenza: e li asseriti effetti dell'iodio sembra sieno stati troppo valutati, perchè in una gran

proporzione di casi in cui furono usati con perseveranza nessun effetto qualunque parve seguirne l'amministrazione. Lo scioglimento dei tumori e la loro espulsione non tennero mai dietro, per mia esperienza, all'uso continuato delle preparazioni di iodio, ma avvennero inaspettatamente ed indipendentemente da ogni causa assegnabile. Pure è possibile che il rapido crescere di queste produzioni possa talora essere infrenato da questo agente, ed io perciò lo uso come migliore rimedio, quantunque incerto, e ad onta che ogni anno perda fiducia nella sua efficacia. Per ottenere qualcosa con questo metodo invero è essenziale continuarne l'uso per molti mesi; ed in ordine a ciò, la paziente deve essere sottoposta assai gradualmente sotto la sua influenza, giacchè le dosi forti e di frequente ripetute disordinano lo stomaco, producono insonnia, o una condizione febrile che obbliga a tralasciare la medicina. Di rado io amministro più di 6 centigrammi di ioduro potassico con venti gocce di siroppo d'ioduro di ferro, due volte al giorno; e sebbene io raccomandi inoltre generalmente l'unzione di un unguento d'iodio sul tumore, pure questo vale piuttosto come mezzo addizionale a saturare il sistema di iodio, che come influente locale, siccome da tale uso mi sembrò risultare. L'introduzione in vagina di boli di unguento d'iodio allo scopo della snpposta azione locale del rimedio sul tumore non mi sembra avere in suo favore bastanti prove da controbilanciare gli ovvi svantaggi che accompagnano la medicazione continuata locale e la giornaliera introduzione di irritanti entro la vagina. Lo stesso genere di obiezioni coll'aggiunta dello svantaggio, che accompagna la provata inefficacia dei mercuriali, esiste per l'uso locale dell'unguento mercuriale o per la sua introduzione, come fu consigliato, entro la cavità dell'utero.

Si parlò del bromuro potassico come avente efficacia superiore ai sali di iodio. Non posso dire se meriti o no questo giudizio, ha però certamente il vantaggio di essere meglio tollerato e più a lungo dalle pazienti. Bisogna pure ricordare le acque di Kreuznach (*) in

(*) Il dottor Sutor nella sua opera (*German Mineral Waters*, Londra 1851) dà a pag. 256 il seguente risultato di una analisi fatta dal Professore Lowig di Zurigo del contenuto di mezzo litro d'acqua:

72.88	cloruro sodico
13.38	» calcico
4.07	» magnesico
0.62	» potassico
0.61	» litico
0.27	bromuro magnesico
0.03	ioduro »
1.69	carbonato ferrico
1.01	» baritico
0.10	magnesia
0.15	ossido di ferro
0.02	fosfato d'allumina
0.12	silice
94.02.	

Germania, tenute in gran riputazione per l'influenza speciale che si suppone esercitino sugli ingrossamenti e tumori fibrosi dell'utero, contenendo sali di bromo in quantità molto maggiore dei sali di iodio. Non conosco però quanto vi sia di vero nell'asserita influenza di queste acque sui tumori fibrosi, e debbo confessare che in nessun caso vidi risultare una diminuzione sensibile di un tumore dietro il loro uso, molto meno che un tumore sia stato assorbito o sia scomparso. Queste acque senza dubbio possiedono gran valore, e riescono assai bene in molte affezioni serofolose e sifilitiche secondarie. Anche il modo di usarle è assai energico, cosicchè l'insuccesso non può essere attribuito, come quando le acque si usano in questo paese, all'imperfezione e insufficienza di loro applicazione. Per sei o sette settimane la paziente consuma tre quarti d'ora giornalmente in un bagno, la cui forza venne aumentata coll'aggiunta graduale di 12 a 14 litri di acqua madre, o liquido che rimane dopo l'evaporazione dell'acqua a 200 litri di liquido. Oltre di ciò, due volte al giorno un'ora per volta si applicano fomenti caldi di acqua madre sull'addome, e queste fomentazioni vengono rinforzate finchè producono un senso di bruciare ed un'eruzione di vescicole alla pelle.

La paziente inoltre prende queste acque internamente, ed usa un enema di 60 grammi di acqua con venti o trenta gocce di acqua madre ogni giorno dopo il secesso. Questo trattamento si continua finchè si producono i sintomi costituzionali indicanti ciò che si ritiene essere la saturazione del sistema col rimedio; e poi dopo un riposo di 3 a 4 settimane, durante una seconda serie di 4 o 6 settimane similmente si ripete la cura; e questo piano viene replicato in molti casi per due o tre stagioni estive di seguito (*).

Se a questo trattamento energico si aggiunge l'osservanza di tutte quelle misure sussidiarie, spesso troppo difficili a far eseguire in altre circostanze, ma che mancano di rado di essere eseguite quando una paziente lascia la propria casa e si pone in cura per qualche mese, non di un esecutore ordinario, ma di uno che sembra presiedere, come una specie di genio del luogo, sulla miracolosa sorgente, abbiamo riunite tutte quelle condizioni da cui possono aspettarsi i più meravigliosi risultati. Le mie conclusioni però sono pienamente confermate dalla maggior esperienza di Seanzoni, il quale (**), dico, che non crede con questi mezzi siasi giammai ottenuto una importante diminuzione di un tumore realmente fibroide. Sembra pure dalle dichiarazioni dello stesso dottor Prieger, il quale fu il primo a mettere in voga le acque di Kreuznach, praticandovi per molti anni con una ben meritata riputazione, che la maggior proporzione di cure nella sua esperienza si ebbero in casi di semplice ipertrofia dell'utero, e non di tumori fibrosi del viscere.

(*) Devo questa relazione del metodo seguito a Kreuznach ad una lettera del dottor Engelmann, che praticò colà molti anni e scrisse un piccol libro sull'uso delle acque nelle affezioni sifilitiche secondarie. *The Baths of Kreuznach, Francoforte 1852.*

(**) Op. cit. pag. 237.

La mia propria osservazione conferma l'asserzione di Prieger. Vidi semplici ingrossamenti d'utero postumi d'infiammazione cronica del viscere, o di deficiente involuzione dopo il parto o l'aborto, ridursi molto di volume, ed ho pur veduto uteri, entro la cui sostanza stavano innichiati tumori fibrosi, impicciolirsi, non per riduzione del tumore, ma per diminuzione dell'ipertrofia del suo tessuto causata dal tumore. Con questo miglioramento pure nella condizione locale vi fu diminuzione degli incomodi, da cui era previamente afflitta la malata. Non so però di aver veduto questo sollievo in casi di fibromi persistere a lungo dopo che la malata ritornò a casa, e riprese il suo primiero modo di vita; nè io trovai più completo e durevole di quanto l'ho visto tener dietro in altri casi all'obbedienza di semplici precetti dedotti dai principii generali di cura. Pure quando i nostri rimedii sono sì pochi non possiamo dimenticarne alcuno, ancorchè le loro virtù sieno assai dubbie. Io sanziono spesso od anche suggerisco una visita a Kreuznach, sebbene l'accompagni coll'insinuazione che piuttosto il sollievo del malessere che una cura assoluta dall'esperimento posso promettere.

Devo aggiungere che in questi ultimi anni i sali di Kreuznach e l'acqua madre furono importate da noi, e le pazienti desiderose di provarne l'efficacia possono averle dai principali chimici di Londra. Si usano o in semicupii o in forma di epitemi applicati alla parte inferiore dell'addome e conobbi pazienti averne vantaggio da ambedue questi modi. Penso però che l'ultimo modo agisca specialmente come un moderato controirritante, e che il benessere procurato dal primo sia dovuto tanto all'affetto calmante dell'acqua calda quanto all'azione medicinale dei sali, che contiene (*) (77).

(*) Mezzo litro di acqua madre e mezzo chilogrammo di sal comune in un ordinario semicupio a $+ 30^{\circ}$ è un'imitazione sufficientemente buona dei bagni della stessa fonte minerale, differendone solo e principalmente nell'essere più forte dei bagni di Kreuznach, in cui è immerso tutto il corpo.

(77) Il dottor Bergeret di Saint-Léger mi avviava l'anno scorso una memoria *Sur les Eaux naturelles jodo bromo-phosphatées et arséniales de Saxon-les-bains, Canton du Valais, Suisse*, nella quale dando le analisi di tutte le acque jodiche conosciute in Europa, compresa la fonte di Kreuznach (Prussia renana) dimostra la superiorità di quella di Saxon-les-bains per quanto ha riguardo ai principi solventi che ne costituiscono la facoltà medicatrice. E una fonte che amministra materiale per bagni, semicupii, inalazioni a mezzo del nefogeno e diluzioni per uso interno, mentre è mandato in botti ed in bottiglie a richiesta. Io mi debbo lodare della loro efficacia in una delle mie ammalate, in cui la riduzione dell'ipertrofia uterina e dell'indurimento del suo tessuto lasciarono la neoformazione fibrosa isolata, perciò meccanicamente menò dannosa.

I fonti di pari valore solvente sono quelle di Salso Maggiore presso Piacenza e di Sales presso Voghera, che hanno in Italia un uso esteso, e delle quali io ho acquistato grande fiducia perchè veramente vantaggiose.

Però se la medicina è così lenta e veramente così incerta nella sua azione su questi tumori, sono dessi, potete chiedermi, egualmente superiori all'intervento chirurgico? Quelli fra essi che sorgono da un peduncolo distinto e pendono entro o fuori della cavità uterina, ammettono l'esportazione o col coltello o colla legatura; e riguardo a questi polipi fibrosi ho qualcosa a dire or ora. Le escrescenze non peduncolate, che sorgono dalla superficie esteriore dell'utero, sono quasi o affatto fuori dei nostri mezzi. Si ricordano essi in cui si aprì il ventre, e si tentò l'estirpazione di un fibroma dalla superficie esterna dell'utero, ed anche la si compl. Nel maggior numero di questi casi si intraprese l'operazione coll'idea che il tumore fosse ovarico, e in tutti i casi, tranne uno riportato da un chirurgo americano, il dottor Atlee, l'operazione fu seguita dalla morte dell'ammalata. È un processo da sconsigliare affatto, difficile ad eseguire, quasi certamente fatale se effettuato e circondato da pericolo cui il sapere non può prevedere, nè l'abilità schivare.

Non sarebbe forse giusto il gettare una condanna così assoluta su un'altra operazione, che, fin da quando Amussat l'esegui per primo, ebbe parecchi imitatori, e che consiste nello snucleamento dei fibromi dalle pareti uterine per mezzo di una incisione fatta attraverso la bocca dell'utero o il suo segmento inferiore. Nessuno può aver osservato l'unione estremamente lassa tra l'utero e il fibroma entro la sua sostanza, senza pensare alla praticabilità di una operazione per la estirpazione. Dessa fu suggerita in teoria da Velpeau alcuni anni prima che fosse messa in pratica nel 1840 da Amussat. I suoi risultati peraltro non sono molto incoraggianti, se limitiamo le nostre ricerche ai casi di snocciolamento di fibromi interstiziali del corpo dell'utero, perchè 28 operazioni diedero 14 morti contro 14 guarigioni, mentre in 4 di quest'ultime l'operazione fu incom-

In sostituzione a queste acque naturali solventi, quando le malate per ragioni proprie o di stato fisico non possono provvederle od usarne alla fonte io soglio prescrivere i semicupii di joduro di potassio: faccio fare una dose di pacchetti da grammi 15 cadauno, ed un'altra dose da grammi 8: l'acqua del primo giorno colla dose maggiore di joduro serve anche pel secondo giorno aggiungendovi una delle dosi minori da grammi 8. Circa 50 semicupii con tale metodo durante l'estate costituiscono una cura sufficiente; la quale all'opo si ripete nell'autunno consecutivo, e nel caso per parecchi anni di seguito.

Empiricamente si suol dire che l'jodo è ottimo contro la dismenorrea e la amenorrea: in fatto la cosa è così, ma la ragione sta nella riduzione dell'iperplasia e nella libertà di circolo conseguentemente ridonata al viscere, il quale, dopo cure simili, segna una elasticità di tessuto maggiore, una pesantezza minore ed una più facile immobilità.

DE-CRISTOFORIS.

pleta, e parte del tumore fu lasciato in sito (*). Ora se alla mortalità resa pubblica facciamo qualche aggiunta ed io temo debba essere rilevante — pei casi taciuti o almeno non riportati, arriviamo ad un risultato che ci obbliga a classare quest'operazione tra le più pericolose della chirurgia.

Devesi osservare che questi rischi, inoltre, si incontrano non nel caso di una malattia che distrugge la vita rapidamente e certamente, ma di una malattia che ha un decorso lento, che spesso s'arresta spontaneamente, e che quasi sempre offre una prospettiva di mesi

(*) Le seguenti relazioni comprendono tutti i casi ch'io conosco come appartenenti strettamente a questa categoria.

Casi felici.

Amussat	2 casi riportati in pieno nell' <i>Examinateur médicale</i> feb. 1843.
Maisonneuve	2 » <i>Bulletin de l'Acad. de Med.</i> XIV. 722; e <i>Gazette des Hopitaux</i> , Dic. 6, 1849.
Grimsdale	1 » <i>Liverpool Medico-Chirurgical Journal</i> , Gen. p. 54.
Teale	1 » <i>Medical Times</i> , Marzo 22, 1856, pag. 283.
Atlee	7 » <i>Transactions of American Medical Association</i> , volume VI, pag. 559.
Davis	1 » <i>Transactions of the Obstetrical Society</i> , vol II. 1861, p. 17.

14 casi

Casi fatali.

Boyer	1 caso, <i>Révue Médicale</i> , Marzo 1845; morte in 6 giorni.
Berard	2 » <i>Bulletin de la Société Anatomique</i> , 1842, pag. 82, morte entro 5 settimane; nel suo altro caso riferito da Jarjavay la morte avvenne in due giorni.
Maisonneuve	1 » <i>Bulletin de la Société Chirurgie</i> , vol. 1. pp. 458, 474.
	Maisonneuve istesso non fa menzione della morte della paziente, ma il fatto è ricordato da Jarjavay, che dice, che la morte avvenne alla fine di un mese. Vedi la traduzione della sua tesi: — <i>Des opérations aux corps fibreux de l'utérus</i> , nel volume VII degli <i>Analekten für Frauenkrankheiten</i> .
Chiari	1 caso. <i>Klinik der Geburtshilfe</i> , ecc. p. 408; morì in 36 giorni.
Baker Brown	2 » <i>Medical Times</i> Luglio 25, 1857; morte di una in 30 ore, dell'altra in 13 giorni.
Atlee	5 » Loc. cit. La data della morte fu di 1 mese, 11 giorni, 5 giorni, 7 settimane e 20 giorni rispettivamente, dopo che si era tentata la prima operazione.
Simpson	1 » <i>Edinburg Monthly Journal</i> , Marzo 1848 e ripubblicato nelle <i>Obstetric Memoirs</i> , pag. 118, morì in 6 giorni.
lo stesso	1 »

14 casi

La tentazione di sopprimere il dovuto ricordo dei casi aventi esito sfortunato sembra quasi insuperabile, mentre falsa tutte le conclusioni, che potremmo cercare di trarre dalle statistiche di queste operazioni felici. Così nella discussione, che sorse alla Società di Chirurgia il 5 Dicembre 1849 riguardo al terzo e fatal caso di Maisonneuve, egli stesso ricordò di aver veduto buon numero di tentativi infelici di snocciamento di fibromi, i quali tutti ebbero esito fatale, mentre Huguier riferisce un caso in cui verificossi la morte due giorni dopo un'altra sfortunata operazione a cui egli stesso assistè. Però le nostre tavole non ricordano questi insuccessi e queste morti più di quello che i due altri casi del dottor Simpson, essendo tre morti su quattro operazioni, che sono riportate dal dottor Arneth di Vienna nelle sue impressioni di un viaggio, pubblicate nel *Wiener Zeitschrift*, VIII, 3. 1852, e *Schmidt*, vol. XXV, pag. 323. E da lamentarsi che le *Obstetric Memoirs* del dottor Simpson abbiano avuto sì poca diligenza da parte sua da non contenere rugguglio alcuno intorno a molti di quelli insuccessi, cui nessuna abilità può prevenire, e che si sa aver fatto modificare la sua pratica, e poter fornire insegnamenti ben degni di essere appresi dagli altri.

ed anni di salute precaria sì, ma pur di vita, cui l'operazione può abbreviare in pochi giorni. La riuscita, del resto non libera necessariamente la malata dai suoi mali, perchè i fibromi sono ben di raro unici, e l'esportazione di uno può servire a scoprirne un altro al di là dei limiti dell'intervento chirurgico.

Nell'esecuzione della stessa operazione le principali difficoltà sembrano derivare dal volume del tumore, dallo spazio inadeguato che presenta il lume della bocca dell'utero, che in generale fu necessario incidere o dilatare forzatamente, o da una sì grande sottigliezza delle pareti uterine da richiedere i più cauti maneggi, nel timore di aprire la cavità peritoneale durante il tentativo di estrarre il tumore. Infatti nel leggere i particolari delle operazioni di Amussat, e di Boyer, in cui la paziente fu più di due ore sotto le mani del chirurgo; o nel leggere quelle di Maisonneuve, in cui l'emorragia che la seguì immediatamente fu assai allarmante, ognuno deve provare molta esitazione circa la convenienza di esporre una persona a sì gran rischio per vantaggi così incerti. Non dovesi però temere la perdita di sangue, perchè questa in generale non è considerevole, nè l'effetto immediato del trauma: infatti pare che nessuna paziente sia morta d'emorragia, due sole per la scossa diretta ed una che era già esausta per ripetute operazioni. La peritonite, la flebite, e la piemia consecutiva all'offesa arrecata all'utero di donne esauste da forti e ripetute emorragie, sono pericoli, da cui ben poche sfuggirono completamente, e per i quali le statistiche più esatte mostrerebbero il maggior numero aver dovuto soccombere.

Il grado di difficoltà nell'esecuzione dell'operazione, e il grado di rischio che si fa correre alla paziente, possono difficilmente valutarsi preventivamente, o di questo non sarebbe facile dare un'illustrazione più adatta di quella presentata dal mio caso infelice di tentata snucleazione di un tumore fibroso.

La paziente aveva 39 anni, era madre di tre figli. I primi sintomi della sua malattia si erano manifestati un anno prima, presa da un attacco improvviso di profusa emorragia, che ritornò tre volte a vari intervalli nello spazio di 15 giorni, fu ridotta in uno stato di estremo esaurimento. L'utero ingrossato si sentiva solo con difficoltà dalla mano sul pube; il suo ingrossamento era dovuto alla presenza di un tumore grosso come un arancio, immagiato nella parete uterina anteriore, che aveva dilatata la bocca dell'utero di circa l'ampiezza d'un pezzo da 5 centesimi, ma non protrudeva oltre i suoi margini; la superficie del tumore essendo aderente al labbro uterino anteriore. La sonda uterina sembrava che girasse intorno a più della metà del tumore. Il volume moderato del tumore, lo stato aperto della bocca dell'utero, e la circostanza che una sì gran parte del tumore non era aderente, sembrarono tanto al dottor Paget quanto a me esser uno di quei casi in cui, se l'emorragia fosse ritornata con pericolo, si poteva tentare lo snocciolamento. Per alcuni mesi non si ebbe emorragia di conseguenza, ma poi le emorragie ritornarono,

e 10 mesi dopo che la paziente venne per la prima volta a mia conoscenza, fu tentata l'operazione, il tumore conservando apparentemente pressochè il suo volume e i suoi rapporti originarii. Si afferrò fortemente il tumore con un paio di uncini e per mezzo loro l'utero fu tirato in basso vicino alla vulva. Il labbro anteriore uterino venne allora disseccato dal tumore, e fin dove potè arrivare il dito fu facilmente eseguito lo snocciolamento del tumore dalla sua membrana involvente. La mano fu in parto introdotta entro la cavità dell'utero e il distacco del tumore alla parte posteriore fu per tal modo completato; ma non si riuscì abbastanza in alto sul davanti a completarne il distacco. Si tentò di riuscirvi collo stiramento, o col rovesciar l'utero in modo da metterlo a portata del dito il tumore, ma invano; e l'operazione fu lasciata incompleta dopo che l'enucleazione di circa quattro quinti del tumore era stata completata. Prima di abbandonare il tentativo però si fecero delle incisioni in varie direzioni entro la sostanza del tumore rimasto, nella speranza di distruggerne la vitalità, o di potero eventualmente disfarsene per via di disintegrazione.

L'operazione durò circa un'ora, ben poco sangue si perdette nell' eseguirla, ma la paziente soffrì molto, e fu lasciata in uno stato di gran prostrazione che sembrò richiederlo l'uso generoso di stimoli. A misura che cessava questa condizione, il lamento per dolori addominali divenne maggiore, e la sensibilità più squisita, per il che furono al terzo giorno dopo l'operazione applicato 24 mignatte, e dati i mercuriali che produssero la salivazione in cinque giorni, ottenendosi un sollievo marcato di tutti i sintomi quasi subitamente. Appena dopo l'operazione comparve una perdita copiosa, fedita o molto acre: continuò più di un mese producendo molto angustie alla paziente col l'escoriare la vulva e le natiche, ma quantunque scomparisse tutto il tumore, una sol volta fu scoperta nella materia che sortiva dalla vagina una ben piccola porzione di osso. L'operazione fu eseguita il 21 dicembre; pel 5 di febbrajo la paziente sembrava in uno stato di nessun pericolo o prima della fine del mese era capace di passeggiare nel comparto. Il 11 febbrajo si lagnò di qualche aumento di dolore nella regione iliaca sinistra che mitigossi dietro l'applicazione di sei mignatte; tali dolori sembravano dar meno luogo a qualche seria inquietudine, giacchè la paziente pochi giorni prima aveva mestruato scarsamente, sebbene naturalmente.

Nel pomeriggio del 14 febbrajo però, la paziente che era stata alzata ed aveva passeggiato la mattina, fu colta da un brivido violento e da recrudescenza del dolore, che cessò completamente un'altra volta dietro l'applicazione di poche sanguisughe, o l'amministrazione di un opiato. Il 20 stava tanto bene che voleva lasciar l'ospedale il giorno appresso; ma alle due ore del mattino fu assalita da violento brivido, intenso dolore addominale, e da quei segni di collasso che accompagnano la peritonite da perforazione intestinale: morì alle 4 pomeridiane dello stesso giorno.

Dopo morte si videro tutte le tracce della peritonite acuta recente, con molta quantità di fluido seropurulento; il quale nella cavità pelvica si trovò consistere quasi esclusivamente di pus. Questo pus pareva derivasse dal tessuto cellulare che sta tra l'utero e il retto, sebbene apparisse che ivi l'ascesso non fosse stato vasto. La materia era sfuggita entro il sacco peritoneale attraverso piccole aperture formatesi per usura della membrana sierosa in quella situazione. L'utero era sano; la parte superiore della sua cavità aveva la sua apparenza ordinaria, ma un po' al di sopra dell'orificio esisteva una cavità fatasi a spese della parete uterina, che qui era meno grossa che altrove. Questa cavità, che era la nicchia, da cui era stato tolto il tumore, misurava 3 centimetri o mezzo nel suo diametro laterale, 12 millimetri in profondità, e altrettante nel suo diametro antero-posteriore. Era tappezzata da granulazioni molli, pallide, e non vi si trovava traccia alcuna del tumore.

Senza lo scoppio di quest'ascesso entro il peritoneo, questo caso sarebbe stato annoverato tra i riusciti. L'accidente fatale, è vero, fu uno degli assai rari ad accadere, nè è probabile accada di nuovo in altra occasione; ma questa stessa facilità ad accadimenti rari, cui la previggenza non può prevenire, nè l'abilità scongiurare, serve a distinguere questi processi eccezionali da quelle operazioni, le cui indicazioni possono essere chiaramente stabilite, definite, i cui pericoli possono essere accuratamente calcolati, e che entrano nel più legittimo campo della chirurgia.

La semplice incisione dei tumori fibrosi onde distruggerli o quanto meno minorarne grandemente la vitalità, parmi possa esser tenuta in considerazione come meritevole di essere sostituita al tentativo, più arrischiato, della loro intiera snucleazione. Nel caso or ora narrato ciò avrebbe potuto farsi senza arrecare all'utero quella violenza, la quale fu inevitabile nel tentare l'esportazione completa del tumore; e alcuni casi furono dappoi ricordati, in cui lo scavamento di una porzione dal centro di un tumor fibroso uterino riesci favorevole (*). Il gran pericolo di questa, come anche di tutte le altre operazioni sugli organi genitali della donna, è la piemia che ne conseguiva; e non bisogna dimenticare, che il previo esaurimento della paziente per frequenti emorragie, la rende specialmente soggetta a quest'accidente.

Ma mentre il pericolo, compagno delle operazioni di snocciolamento dei tumori fibrosi interstiziali dell'utero quando sono ancora innichiati nelle pareti del viscere, è così grave da rendere tali atti generalmente inammissibili, e da doverli porre in quella classe di processi eccezionali cui la condizione speciale della paziente, e la non comune destrezza del chirurgo può solo giustificare, havvi una classe di casi, in cui il tentare di esportare queste produzioni può essere

(*) Baker Brown *Obstetr. Transactions.* vol. III, pag. 67.

ammissibile. Tali sono quei casi, di cui alcuni sono citati da Lisfranc (*), nei quali un piccolo tumore era inzeccato nella sostanza del labbro uterino, e la sua esportazione poteva conseguentemente effettuarsi senza alcuna violenza alla cavità dell'utero. Un caso di questa specie fu ultimamente in mia cura all'Ospitale S. Bartolomeo. Il tumore, che pesava 80 grammi, e che presentava tutti i caratteri ordinari di un tumore fibroso, era avvilupato nel labbro posteriore dell'utero di una paziente di 47 anni. Paget vi fece una incisione lungo tutta la superficie posteriore del labbro uterino, e fu prolungata all'innanzi fino al margine dell'orificio. Il tumore fu poi snocciolato dal dito colla maggiore facilità, eccetto un piccolo punto sul suo davanti e sulla parte superiore, dove aderiva fortemente al tessuto uterino, ma dal quale venne staccato con qualche tratto di bistouri. Nessuna emorragia di importanza, nè alcuno cattivo sintomo tenne dietro all'operazione, e la paziente abbandonò l'ospedale affatto ristabilita in 15 giorni.

L'operazione è pure relativamente scevra di pericolo in quei casi, in cui il tumore s'avvicina alla forma peduncolata ed è per conseguenza facilmente accessibile attraverso l'orificio uterino largamente aperto o facilmente inciso, o forse esportabile più prontamente ancor per esser desso protruso dall'orificio dell'utero e per trovarsi quasi completamente entro la vagina. Qui l'operazione sembrerebbe essere simile alle operazioni su tumori peduncolati o polipi; ed i dettagli di casi come quelli dei dottori Pancoast (**) Teale (***) Gilbert (****) e Langenbeck (*****), sembrano appoggiare l'esattezza di

(*) *Clinique Chirurgicale*, ecc. vol. II, pag. 172, 173, 178, 179.

(**) *Boston Med. Journal*. Ottobre 9, 1844.

(***) *Med. Times*. Agosto 20, 1853 e *Ibid.* Marzo 22, 1856.

(****) *Boston Med. Journal*, vol. XXXI, pag. 280. Per quest'ultima relazione ed anche per chiamare la mia attenzione ai casi di Atlee, sono obbligato ad alcune memorie assai interessanti di Hutchinson nel *Medical Times* (Luglio 25 e Agosto 15, 1857). Quattro dei casi però, che egli include nella sua tavola, essendo operazioni fatte su due pazienti per tumori fibroidi ricorrenti dell'utero, mi sembrarono fuori di luogo, e per la ragione che vien data nel testo; i 7 casi riportati sembrano richiedere di essere disposti in una categoria differente da quella a cui appartengono le operazioni di fibromi interstiziali. Mi sembra che questa divisione conduca ad un'idea più giusta delle cause di pericolo dell'operazione che non quando è basata sul modo di escuirla. In molti si tentò l'eucleamento coll'indurvi la gangrena, solo perchè crasi tentato lo snocciolamento primitivo e si era fallita l'impresa. La stessa incertezza nei casi di fibroidi interstiziali intorno alla scelta dell'operazione da praticarsi, o al sapere se ambedue non sieno parimenti impossibili, costituisce per me la grande obiezione a questi processi. La vera questione viene confusa se annunciati in modo da sembrare una questione riguardo ai meriti relativi dei due generi di operazioni.

(*****). *Deutsche Klinik*, 1859, pag. 1. Sono riportati tre casi, uno dei quali non vi appartiene, giacchè si praticò l'operazione come cosa di necessità durante il travaglio, quando la paziente era già molto esaurita, e la morte fu attribuita al ritardo più che all'operazione. Gli altri due casi, che riuscirono felicemente, rischiararono le indicazioni per l'escissione dell'operazione, che Langenbeck definisce essere « la gioventù della paziente, la natura pericolosa nell'emorragia, e la sede del tumore nella sostanza dell'uno o l'altro labbro, o l'una e l'altra parete della cervice uterina, da potersi arrivare col coltello senza tirar giù forzatamente l'utero ». Due altri casi ancor di Santesson e Janger, che ebbero ambedue un esito favorevole, sono riportati nel *Schmidt's Jahrbücher*, 1858, vol. 100, pag. 41.

una supposizione che ha tutte le probabilità teoretiche in suo favore. Però non puossi asserire una sicurezza assoluta, nemmeno per questa semplice operazione. Io la eseguii una volta su una paziente che soffriva da lungo tempo di tumor fibroso, il quale crescendo alquanto in forma polipoide era stato in tre pervie occasioni esportato parzialmente. Alla fine ebbe luogo l'inversione spontanea dell'utero e il tumore coll'utero rovesciato fu allora facilmente stirato con un forceps ostetrico fuori della vulva. La massa che pesava 160 grammi fu prontamente sgusciata fuori del tessuto uterino colla mano e appena poco sangue si perdetto, l'utero rovesciato venendo poscia facilmente ridotto. Diciassette giorni dopo, la paziente morì di piemia; un grosso coagulo, in cui v'erano cellule di pus in abbondanza, riempiva la vena cava inferiore e v'erano depositi purulenti nei polmoni, milza, rene sinistro, quantunque l'utero grosso, le sue dipendenze, e le sue vene fossero perfettamente sane.

V'è ancora un'altra risorsa nei casi, in cui l'emorragia prodotta da un tumore fibroso è molto formidabile e infrenabile, mentre la condizione della paziente controindica l'adottare qualche grave processo chirurgico. Questo consiste nel fare ampie incisioni entro l'orificio dell'utero, e sembra ne sia quasi sempre risultato una gran diminuzione della perdita di sangue (*). Sebbene confessi di non comprendere il modo con cui sia da piegarsi questo effetto. Una volta vi ebbi ricorso con successo parziale; ma la paziente già molto esausta, morì poche settimane dopo sotto la leggiera emorragia che ancor continuava, mentre che sintomi di piemia procedettero di alcuni giorni la sua morte (78).

(*) Vedi alcuni casi ricordati del dottor M. Clintock, Op. cit. pag. 147.

(78) « Se l'esperienza d'altri (dice Sims) è così fortunata quanto quella » di Sauvage, egli avrà sostituito un metodo semplice e di ottimo effetto » a processi pieni di incertezza, di difficoltà e di pericoli » quali sono lo » snocciolamento, la mutilazione e la incisione multipla dei tumori fibrosi.

Sauvage al Samaritan Hospital ha messo in opera le iniezioni intrauterine (previa dilatazione del canal cervicale a mezzo della spugna preparata) colla soluzione seguente:

Jodio	4 grammi
Joduro potassico	8 »
Alcool rettificato	32 »
Acqua distillata	188 »

ricorre ad essa ad ogni volta che si ripete l'emorragia, l'arresta assolutamente, ed ha dimostrato che i tumori per tal mezzo subiscono una diminuzione sensibile e scompaiono quasi interamente nel corso di 5 a 6 mesi, riescendo d'altronde sempre inoffensiva, e non essendo seguita che da un passeggero senso di calore interno.

In conclusione e prima di lasciare l'argomento dei tumori fibrosi o fibroidi bisogna fare qualche rimarco sul modo di condursi nei casi in cui capitano come complicazioni di gravidanza o travaglio. Accade qualche volta, come in un caso che anni fa mi capitò, d'osservare che si trova la cavità pelvica al principio del travaglio occupata da un tumor grosso e resistente, la cui esistenza non fu svelata prima da alcun sintomo di malattia uterina. In alcuni di questi casi si praticò il taglio cesareo, ma non conosco caso alcuno in cui un risultato favorevole consegnasse all'operazione quando era resa necessaria dal tumore uterino. La presenza del tumore impedisce la dovuta contrazione dell'utero, ed espone così la paziente al grave rischio di emorragia; ed inoltre se questo pericolo è superato, sembra che renda sicuro il sopraggiungere dell'infiammazione dell'utero e del peritoneo di una specie così pericolosa, che in ogni caso finora riferito riuscì fatale. Per sfortuna sono ben pochi i casi, nei quali è possibile l'estirpazione del tumore, giacchè in confronto di ogni operazione con cui vien aperta la cavità peritoneale, quella sembrerebbe assai meno arrischiata. La felice estirpazione di polipi durante il travaglio, e l'esportazione di grossi fibromi delle pareti pelviche (*) incoraggiano simile pratica, ma i soli casi che io conosco dell'attuale oncolazione di un fibroide dell'utero stesso durante il travaglio sono riportati da Danyau (**) Langenbeck (***) e Keating (****). La pa-

(*) Come del caso rimarchevole riferito dal fu professor Burns di Glasgow nella sua *Ostetrica*; 8.^a edizione, 8.^o Londra 1832, pag. 33.

(**) *Gazette des Hôpitaux* N. XIII, 1851; e *Schmidt's Jahrbücher*, vol. XXI, Agosto 1851, pag. 190.

(***) *Loc. cit.* pag. 3.

(****) *American Journal of Med. Sciences*, Maggio 1858; e *Schmidt*, vol. 100, pag. 40. Io non entro per progetto nella condizione di questi casi, parecchi dei quali sono riportati con vari risultati dell'estirpazione di polipi o tumori non peduncolati subito dopo il parto, giacchè non ho esperienza personale sull'argomento. La mia inclinazione però sarebbe il non intervento dello stato puerperale, a meno che dei sintomi richiedessero urgentemente una condotta speciale, giacchè temerei che la maggior facilità della loro esportazione fosse più che controbalanciata dal maggior rischio di consecutivo assorbimento purulento.

Il dottor Routh ha sostituito all'iodio una soluzione di percloruro di ferro: ma non troppo felicemente, perchè coagulando prontamente il sangue conseguono dolori vivi e lanciaanti.

Tanto questi mezzi, come l'incisione dell'orificio uterino ideata da Brown riescono forse utili a motivo della infiammazione subacuta che inducono nella cavità uterina: e che si rivela per consecutivo turbamento generale ed adolorabilità del ventre, in specie della regione uterina.

Un'autopsia eseguita su di una donna, alla quale era stata escisa una grossa porzione di un tumor fibroso intrauterino, diede la conferma dell'accennata opinione nelle aderenze solide che legavano la superficie interna uterina colla superficie del tumore. Greenhalg combina l'uso della spugna preparata, della tintura officinale d'iodio non diluita e del cucchiaino di Reclamier, e vanta guarigioni della metrorragia con poco più di una iniezione per ogni paziente.

DE-CRISTOFORIS.

ziente di Danyau aveva 30 anni, aveva avuto tre figli dietro parti facili, ed aveva raggiunto la fine della sua quarta gravidanza, sebbene da tre settimane continuasse una leggiera emorragia. Quarant'ore dopo lo scolo delle acque dell'amnios si sentì la presentazione di un piede del feto, mentre che la cavità pelvica era quasi interamente riempita da un tumore, che sembrava essere formato dal labbro posteriore dell'utero inspessito, non lasciando uno spazio di più di due a tre centimetri tra esso e la sinfisi pubica. Assicuratosi che il feto era morto, e non essendovi quindi quistione per eseguire l'operazione cesarea, Danyau essendosi consultato col professor Dubois, portò un bistouri dietro la guida di due dita della mano sinistra attraverso l'orificio dell'utero, che era aperto quanto un pezzo da 5 centesimi, fece una incisione longitudinale attraverso la parte anteriore e superiore del tumore, e poi riuscì con due dita della destra a snocciolarlo fuori dell'utero e toglierlo dalla pelvi. Il tumore pesava 600 grammi; il suo più lungo diametro era 14 centimetri, la figura conica coll'apice all'imbasso. L'estrazione del feto fu eseguita facilmente dopo l'esportazione del tumore, e la paziente ricuperossi senza alcun cattivo sintomo, sebbene una quantità considerevole di sangue venoso sfuggisse al principio dell'operazione al primo tagliare sul tumore. Le pazienti di Langenbeck e di Keating furono meno fortunate. La prima esausta dalla antecedente lunga durata dei dolori di parto morì entro 24 ore, mentre l'ultima fu attaccata da flebite puerperale che riuscì fatale all'ottavo giorno.

Però in tutti i casi, dove è possibile, devono evitare le operazioni sull'utero partoriente, e la prima cosa da accertare in rapporto ad ogni tumore è se si lascia muovere fuori della cavità pelvica, giacchè se lo si può fare, si ha indubbiamente il minor pericolo possibile. Nel mio caso si poté subito fare, e non è a dubitarsi che lo stesso sarebbe riescito nel caso ben descritto e disegnato del dottor Etlinger (*) in cui il professore Kilian di Bonn eseguì il taglio cesareo in una paziente la cui pelvi era occupata da un fibroide sorgente da un peduncolo piuttosto largo dalla superficie posteriore dell'utero. Questa donna morì 48 ore dopo l'operazione per effetto dell'emorragia che la seguì. La mia paziente sopravvisse fino al 6.^o giorno, ed io non posso attribuire la sua morte che ad un tentativo fatto ingiudiziosamente da parte mia di pungere il tumore prima di cercare di sollevarlo al disopra del distretto superiore. Non vi fu peritonite generale, ma la ferita del tumore si arrovesciò, il tessuto al suo intorno era di color nero, e tal colore estendevasi internamente verso il centro del tumore. La porzione nera del tumore era rammollita, ma il restante era di color rosso vivido, e nè esso, nè l'altro tumore, circa dello stesso volume cioè quello della testa del feto a sette mesi, presentavano alcuna traccia di quel ramollimento generale e desintegrazione che fu asserito accadere in queste produzioni

(*) Etlinger *Observationes Obstetriciae* Bonn 1854, pag. 50-53 e tavole I e II.

dopo il parto. Gli intestini nella fossa iliaca sinistra erano raggruppati assieme da linfa recente, e circa 10 centimetri di essi, appunto là dove trovavansi in contatto col tumore punto, erano assai congestionati, affatto marciti e la loro parte posteriore era convertita in una larga escara verdastro-nera. Quest'escara corrispondeva ad un gran sfacelo nella parte esterna e superiore del tumore punzecchiato. L'altro tumore era di una tinta rosa; l'utero che presentava una mezza dozzina di piccoli tumori della grossezza di circa un pisello alla sua superficie, era sotto altri rapporti perfettamente sano. Sembrava in breve come se la puntura del tumore fosse stata il punto di partenza da cui era scaturito tutto il danno consecutivo (*).

In tutti i casi adunque il tentativo di portare il tumore fuori del campo deve precedere ogni pratica diretta a ridurre il volume colla puntura. In caso però che non si riuscisse nel primo, l'apparente solidità del tumore non deve prendersi come sufficiente ragione per far senza del trequarti, perchè una cisti assai tesa, sia per cumulo di liquido nell'interno, sia per qualche pressione forte esercitata su di essa dal di fuori, darà di spesso, anche ad un dito assai pratico, una sensazione dubbia da cui poter sospettare la natura dei suoi contenuti.

Infine sono disposto a credere che in quasi tutti i casi sarà preferibile fare il rivolgimento, piuttosto che tentare di estrarre il feto col forceps; ed anche se lo spazio è ristretto, la craniotomia seguita dal rivolgimento (e l'uso del cefalotribo per rompere la base del cranio, sebbene sia poco usato in questo paese) ci indurrà, non ne dubito, a condurre a salvezza un caso, che alla prima sembrerà non offrire altra alternativa che il taglio Cesareo.

Alla fine dell'ultima lezione io espressi il mio dissenso dall'opinione che vuole vi sia una tendenza costante o almeno generale per parte di questi tumori a passare ad uno stato di rammolimento o disintegrazione durante la gravidanza. Non concepisco perciò che sia necessario o giustificabile il parto precoce ed ancor più l'aborto, semplicemente perchè un tumore è connesso all'utero. La presenza di un fibroide invadente la cavità pelvica, in modo da rendere difficile o pericoloso il parto, è naturalmente una indicazione per l'operazione; così pure può esserlo l'esperienza di un parto prematuro che fu susseguito da sintomi di infiammazione uterina. Il male però proviene io credo, in tutti i casi, non dalla diversa epoca della gravidanza, ma dall'espulsione dell'ovo quando quella avviene; e i maggiori pericoli che derivano da parti a termine non dovuti alla violenza maggiore che in gravidanza inoltrata più che in una recente subiscono l'utero e il tumore nel passaggio del feto. Dunque ciascun caso deve considerarsi e trattarsi in modo speciale: il sol fatto che una donna gestante ha un fibroma dell'utero non può essere sufficiente indicazione per indurre l'aborto o il parto prematuro.

(*) Un secondo caso quasi identico nel suo aspetto al precedente, e simile a lui per aver avuto una terminazione fatale, mi venne a notizia nel 1862 e fu riportato dal dottor Madge nel 4.^o vol. delle *Obstetrical Transactions*.

LEZIONE XVIII

TUMORI ED ESCRESCENZE UTERINE

Polipi fibrosi, loro struttura, apparato vascolare e origine dell'emorragia che li accompagna. — Loro sintomi. — Operazione per la loro esportazione; meriti comparativi della legatura ed escisione. — Condotta nel parto complicato da polipo. *Tumori fibroidi ricorrenti dell'utero*. — Loro rarità; casi illustrativi. *Tumori grassosi dell'utero*. *Degenerazione tubercolosa dell'utero*. — Suoi caratteri, sede della malattia e nesso colla tubercolosi generale.

Ci resta da considerare quella varietà di tumori fibrosi dell'utero che crescono dalla superficie interna dell'utero, o che men di spesso nascendo sull'uno o l'altro labbro, pendono da un gambo o peduncolo entro la cavità dell'utero od entro il canal della vagina. La improprietà del vocabolo polipo, quale si applica a queste produzioni solide, non deve occuparci; basta l'esser stato universalmente adottato e così bene inteso, che nessuno venga sviato in causa dell'imperfetta terminologia.

In struttura generale questi tumori sono pressochè identici a quelli che abbiamo studiato fin qui; la sola differenza importante forse essendo che, siccome il tumore in tutti i primi casi era distinto dal tessuto uterino sebbene immagliato in esso, o protrudente da esso, alcuni polipi sono positive produzioni del tessuto uterino, il loro tessuto e quel dell'utero essendo inestricabilmente intrecciati (*). Anche in questi casi però la sostanza del tumore è di solito più soda, più compatta e meno vascolare di quella delle pareti uterine adiacenti; mentre d'altra parte, il tumor fibroso peduncolato è generalmente, quando sorge dall'interno dell'utero, più molle e meglio fornito di

(*) Come in una preparazione nel Museo dell'ospitale S. Bartolomeo, abbozzata e riferita da Paget. Op. cit. vol. II, pag. 131, fig. II.

sangue che non lo siano tumori simili, la cui posizione e rapporti sono differenti. Il peduncolo di questi tumori è composto di sostanza uterina mista a tessuto cellulare più o meno stipato, e, sebbene in generale unico, è formato talvolta dal coaleto di duo o tre fasci di fibre provenienti da diverse parti dell'utero, quantunque quasi contigue. Uno strato di sostanza uterina si continua nel peduncolo a varia distanza lungo il tumore, talora involgendolo completamente, altre volte solo in parte, come il baccello circonda la ghianda, o il calice i petali del fiore. Oltre a ciò il polipo è sempre coperto dalla membrana mucosa dell'utero, che diventa più solida e stipata del naturale, tanto essa come anche le fibre muscolari dell'utero sviluppandosi alquanto in proporzione che si sviluppa il tumore. Questo può spesso essere svolto dal suo involuero nella stessa guisa che un tumore fibroso ordinario può essere snocciolato dal suo rivestimento di compatto tessuto cellulare: ma questo non è il caso costante, e la connessione tra la sostanza ed il polipo e la membrana che la circonda è di quando in quando assai intima. La provvista di sangue, come già si disse, è più abbondante di quella degli altri tumori fibrosi, sebbene può in generale osservarsi che ne i tronchi arteriosi entranti nel tumore, nè le vene che ne sortono sono proporzionate in volume a quanto poteva aspettarsi dalla quantità di sangue nella loro sostanza. Una parte della sua provvista di sangue arriva anche al polipo per mezzo della membrana mucosa, da cui è rivestito, sebbene anche in essa non sieno in generale percettibili vasi considerevoli.

Questa provvista di sangue, apparentemente scarsa in tali tumori, accoppiata al fatto che essi sempre cagionano assai profuse emorragie, mentre tali emorragie sono sempre arrestate da una legatura fatta attorno al loro peduncolo, hanno contribuito a farne un problema della patologia uterina: il quale fino ad una data recente ebbe una soluzione assai contraddittoria e poco soddisfacente. La profusa emorragia, che è provocata parimenti dai tumori fibrosi non peduncolati ed anche dai polipi vascolari assai piccoli dell'organo, sembra dimostri che il sangue scaturisce piuttosto dall'irritata membrana mucosa dell'utero, che dalla superficie dell'istesso tumore. Lo stesso fatto inoltre è pure illustrato dai seguenti casi.

Una donna di 46 anni, fu ammessa in mia cura all'Ospitale S. Bartolomeo: era dessa nubile, e ad eccezione d'un senso di peso alla parte inferiore dell'addome fin dalla cessazione de' suoi mestruai all'età di 43 anni, aveva goduto buona salute fino a tre settimane prima che venisse a mia conoscenza. Essa fu allora subitamente assalita da profusa emorragia, e allo stesso tempo un tumore si era parzialmente fatto strada fuori della vulva. La perdita di sangue continuò più o meno dappoi, e la paziente alla sua accettazione ne parve molto esausta. Questo tumore che alla sua parte inferiore trovavasi già in istato di sfacelo superficiale, era un tumore fibroso che misurava 17 centimetri di lunghezza per 6 di diametro alla sua

parte più estesa pesando mezzo chilogrammo. Era attaccato per un piccolo e breve peduncolo al labbro posteriore dell'utero; un tronco arterioso, della grossezza di circa una delle arterie digitali, sembrava essere la sorgente che lo provvedeva di sangue; scbbene presentasse un grado non comune di vascolarità, e la sua parte inferiore, protusa dalla vulva e soggetta a pressione, fosse così intensamente congesta da aver quasi un'apparenza apopletica. Ora questa escrescenza grossa e vascolare aveva continuato a crescere senza dubbio per anni, aumentando di volume senza produrre sintomi, nè provocare emorragia, finchè essendo parzialmente sortita dalla vulva cominciò a stirare l'utero, a trarlo in basso, ad irritarlo, ed allora tutto ad un tratto dall'utero stesso, (giacchè non appariva che emorragia provenisse da qualche altra parte della superficie del tumore) un'emorragia subitanea ed assai formidabile irruppe. La sospensione della perdita di sangue dietro l'applicazione d'una legatura attorno al peduncolo di un polipo non implica di necessità che la fonte donde procedeva l'emorragia per tal modo sia meccanicamente chiusa; ma può esser spiegata col supposto che la legatura interrompe i rapporti vitali tra il tumore e l'utero, o rende così il polipo un eccitante molto meno attivo della mucosa uterina di quel che era prima. Non può assegnarsi prova più forte della differenza fra uno stimolante vitale ed uno meramente meccanico dell'utero, di quella che deriva dalla relativa impunità con cui in molti casi lo stelo metallico del pessario intrauterino è tollerato entro la cavità dell'utero, in confronto colle quasi infrenabili emorragie che si eccitano spesso perfino dai polipi i più piccoli.

I polipi fibrosi sono suscettibili degli stessi generi di cangiamenti che ponno aver luogo nei tumori fibrosi situati altrove. Non so però che subiscano quell'atrofia che accade talora negli altri tumori fibrosi dell'utero, mentre i depositi calcari nella loro sostanza sono eccessivamente rari. D'altra parte tanto l'edema della loro sostanza quanto lo stravasamento di sangue entro il loro tessuto sono lungi dall'essere casi rari; e quando hanno attraversato l'orificio uterino e sono entro la vagina, la membrana che copre la loro superficie inferiore non di rado diventa ulcerata, o passa perfino a condizione di sfacelo, che può propagarsi all'adiacente sostanza del tumore. Essi però, per quanto so, non si snocciolano mai completamente dal loro involucro come fanno talora taluni altri tumori fibrosi, e, quando si staccano spontaneamente e vengono espulsi, la loro guarigione naturale è prodotta dal rompersi del loro peduncolo.

Quali sono ordinariamente formati questi polipi entro la cavità dell'utero, la loro influenza su tal organo sembra dipendere alquanto dalla posizione, da cui sorgono. Così se nasce assai in basso nel canal cervicale, il tumore cresce presto oltre questi limiti, e pendendo giù in vagina può acquistare un volume considerevole senza esercitare molta influenza sull'utero istesso, nè disturbare le sue funzioni, nè produrre ipertrofia considerevole del suo parenchima. D'altra

parte quei polipi che si sviluppano da qualche punto su in alto nell'utero, naturalmente rimangono entro la sua cavità finchè hanno acquistato un volume discreto, e così danno origine ad allargamento dell'organo ed ingrossamento delle sue pareti. Sembra però vi sia molta diversità tra i rapporti che il polipo continua ad avere nei differenti casi coll'organo entro cui si sviluppò. Nel gran numero dei casi prima di acquistare il volume d'un pomo piccolo, l'orificio dell'utero, contro cui si appoggia la parte inferiore del polipo, si dilata gradatamente da permettere il suo passaggio, e il tumore si trova allora pendente in vagiua, ed il suo peduncolo attorniato, sebbene di rado, strozzato dall'orificio dell'utero. Talora però, non ne so il perchè, questo processo si effettua molto meno rapidamente, i margini dell'orificio uterino non cedono tanto da lasciare una facile sortita al polipo, ma si desta una violenta azione dell'utero, e sotto sforzi come quelli del parto, che ritornano a mo' di parossismi e poi cessano e ricorrono di nuovo forse dopo il lasso di molti giorni, il polipo viene per così dire partorito. È assai frequente che sotto questi dolori violenti l'utero, come venne spiegato in un' anteriore lezione (*), talora si arrovesci; accidente che è prodotto meno dalla pura azione meccanica del tumore che dagli sforzi che provoca nel tessuto muscolare dell'utero.

Una volta in vagina l'ingrossare del polipo precede ancora e probabilmente con maggior rapidità di prima, giacchè non è più sottoposto allo stesso grado di pressione come quando era entro l'utero. Per lo più però i sintomi suscitati sono così gravi da condurre alla sua scoperta di buon'ora, e così viene esportato prima che abbia acquistato dimensioni ragguardevoli (**). Se lo si lascia soggiornare per qualche tempo nella vagina, quella parte del tumore che è accessibile all'aria non manca di ulcerarsi, mentre inoltre non è raro che la superficie contigua della vagina diventi pure infiammata ed ulcerata, ed abbia luogo l'adesione tra l'uno e l'altra. Un caso simile succede talora, sebbene molto meno di frequente, tra il tumore e la membrana interna dell'utero stesso; e tanto l'uno come l'altro di questi accidenti ponno rendere la diagnosi oscura, rendendo pure assai difficile qualsiasi forma di intervento operativo.

I due grandi sintomi di polipo dell'utero sono l'emorragia e la leucorrea, sintomi che continuano a crescere d'intensità e durata finchè, se la loro causa non è scoperta e tolta, finiscono per estenuare e distruggere la paziente. Dapprima le epoche della mestruazione sono quelle in cui ha luogo l'emorragia, i periodi durando più a lungo, ritornando più presto ed essendo accompagnati da più profusa perdita del solito, mentre persiste una leucorrea abbondante ne-

(*) Vedi lezione XIII sull'inversione dell'utero.

(**) Ho già menzionato un caso in cui il polipo pesava 4 $\frac{1}{2}$ kil. Un caso è riportato da Heyfelder, *Studien im Gebiete der Heilwissenschaft*; 8^o, Stuttgart, 1838, vol. 1, pag. 269 di un polipo che pesava più di 4 $\frac{1}{2}$ kil., e numerose relazioni sono date da Meissner, op. cit. vol. 1, pag. 838 di polipi aventi dimensioni enormi.

gli intervalli. Poi cessa la periodicità dell'emorragia, perchè diventa sempre permanente o costante, e alla fine riesce impossibile tenere un conto del quando ebbo luogo l'ultima mestruazione, o quando sia da aspettarsi ancora la seguente (79).

Può provarsi un senso costante di abbattimento o qualche inconveniente meccanico dalla pressione del polipo, se grosso, sulle parti vicine; o posso accadere talvolta sforzi espulsivi; ma questi non sono niente affatto costanti; e il sintomo ultimo nominato in particolare lo si incontra solo in un piccolo numero di casi. Si è detto che la perdita di coaguli di forma anulare, da ripetersi dall'essersi fatti all'intorno del gambo del polipo, è caratteristico di quest'affezione. Questa è però una di quelle asserzioni plausibili che sentono più lo studio che la clinica, e che l'esperienza non sanziona (80). L'unica regola infatti che possa darvi circa alla diagnosi dei polipi si è, che ogni volta che l'emorragia, avvenuta senza causa ad un periodo mestruo, ritorna egualmente senza causa al susseguente, non dovete omettere per conto alcuno di fare una esplorazione vaginale. Il tumore precedente attraverso l'orificio dell'utero, circondato dalle sue labbra, e prolungantesi all'insù nella cavità, forse più in là del punto, a cui può arrivare il vostro dito, può difficilmente esser preso in sbaglio per qualche altra cosa, eccetto forse per l'utero rovesciato, i cui caratteri distintivi procurai già di indicarvi. Nè infatti può esser dubbia la natura di queste produzioni polipoidi, provenienti dall'uno o dall'altro labbro dell'utero, giacchè l'orificio dell'utero sarà percettibile o sul davanti o sul di dietro dell'eserescenza.

Nei casi, in cui il polipo non è ancora uscito dalla bocca dell'utero, la diagnosi può essere assai difficile, giacchè l'emorragia e la perdita leucorrea sono comuni a molti mali uterini, mentre il tumore istesso può essere non sufficientemente grosso da produrre sensibile aumento di volume dell'utero, ed ancor meno da espandere

(79) Un polipo uterino non è solo causa di menorrhagia, alcune volte bensì di dismenorrea. È difficile il dar spiegazione di una mestruazione dolorosa quando l'utero non presenti incravazioni del suo asse, nè induramenti del tessuto cervicale e restringimento degli orifici. Non resta allora che investigare la cavità del corpo, dove talvolta trovando un polipo avremo chiarita la diagnosi. E il fatto della dismenorrea si spiega in via meccanica a motivo del sangue mestruo che premendo sul corpo del polipo lo fa discendere ed appoggiare vieppiù sul contorno dell'orificio interno colla sua estremità grossa e libera, accumulandosi così al disopra di esso, distendendo il viscere ed obbligandolo a contrazioni: sotto le quali i coaguli si fanno alla fine strada fra il polipo e la parete uterina con sollievo delle angosce neuralgiche che durano spesso per parecchie ore. DE-CRISTOFORIS.

(80) Dei nove polipi dell'utero, che io ebbi a vedere, e di cui due avevano la loro estremità libera protrudente dall'orificio uterino, non uno ha dato mai coaguli anulari, smentendosi così la verità di questo segno, che con West debbo ritenere immaginario. DE-CRISTOFORIS.

il suo segmento inferiore. Nei casi dubbj la sonda uterina è spesso di molto servizio, giacchè per suo mezzo ci accertiamo che la cavità uterina o eccede le sue dimensioni naturali, o si limita ad esse, per modo che la presunzione della presenza di qualche tumore nell'utero è o molto rafforzata, o pionamente respinta. Talora però l'introduzione della sonda è assai difficile, od anche affatto impossibile, perchè la estremità urta contro il corpo del tumore: mentre anche nel miglior caso, sebbene la sonda possa mutare la nostra presunzione dell'esistenza di un polipo in una quasi certezza, noi non siamo perciò aiutati per nulla nella sua esportazione. Il genio inventivo del professore Simpson (*) però ci ha provvisti colla sua tenta di spugna di un mezzo con cui possiamo prontamente dilatare l'orificio dell'utero sufficientemente da fare un attento esame dell'interno dell'utero, ed eseguire qualunque operazione che il tumore possa richiedere, quasi così facilmente come se il tumore fosse già disceso in vagina.

Ciò mi conduce, in conclusione, a considerare i mezzi migliori per esportare questi polipi fibrosi dell'utero, giacchè non voglio far spreco del vostro tempo nel ripetervi ancora tutti i mezzi con cui bisogna che procuriate pel momento di arrestare l'emorragia copiosa a cui queste produzioni talora danno origine. Vi sono due processi differenti, ciascuno dei quali fu strenuamente patrocinato da alcuni ed altrettanto fortemente riprovato da altri (**). Uno di questi consiste nello strangolare il tumore col mezzo di una legatura, l'altro nella sua escisione colla forbice o con altro strumento da taglio. L'apprensione di emorragia pericolosa dietro l'esportazione dei polipi, a cui contribuirono in certo grado visto anatomiche erronee, condusse dapprima all'uso della legatura; ma essa è ora e propriamente quasi universalmente abbandonata. Le ragioni per tralasciarla sono: che l'applicazione della legatura è quasi sempre tediosa, spesso difficile: che mentre nel caso dei polipi più piccoli e di quelli con sottile peduncolo il suo uso è superfluo, la sua azione, quando il gambo è grosso, è lenta ed incerta e di necessità condanna la paziente per diversi giorni al malessere risultante dal distacco del tumore strozzato. Inoltre l'operazione non solo è accompagnata da incomodi, ma anche da pericolo reale, in parte perchè il tessuto dell'utero è quasi senza scampo incluso nella legatura, in parte pel rischio della flebite indotta dall'assorbimento dei putridi avanzi del polipo in corruzione. Che inoltre questi pericoli non siano immaginari, potete verificarli col visitare qualunque dei musei anatomici di questa metropoli, nei quali tutti, credo, troverete esemplari di polipi staccati parzialmente o di uteri, da cui il tumore fu quasi separato dalla legatura, ma in cui la sopravvenienza dell'infiammazione spense la paziente.

(*) *On the Detection etc. of Intra-uterine Polypi* nel Giornal mensile di Edimburgo, Gennaio 1850, e nelle *Obstetric Memoirs*, vol. I, pag. 122.

(**) Vedi una memoria del dottor Simpson *Obstetric Memoirs*, vol. I, pag. 150, in cui è fortemente condannato l'uso della legatura.

Le ragioni addotte per la preferenza della legatura all'escisione dei polipi è il rischio di emorragia, che accompagna quest'ultima operazione. La mia propria esperienza di venti casi di escisione di polipi fibrosi scevri da emorragia è troppo poca per essere di molto peso: ma Velpeau (*) dice che nessun caso di emorragia imbarazzante gli accadde in 20 casi, in cui escise polipi; Lisfranc (**) dichiara che la riscontrò in soli 2 casi su 165; e Dupuytren (***) in soli 2 su circa 200; mentre essi tutti riportano casi di flebite, o di infiammazione peritoneale con esito fatale in seguito alla legatura. Infatti vi sono pochi casi in ricordo con sintomi infiammatorii susseguenti l'escisione dei polipi, come ve ne sono pochi in cui un'emorragia pericolosa susseguì la loro esportazione colla legatura; ed in un caso, in mia cura, avvenne la peritonite al quarto giorno e terminò fatalmente al decimo dopo il taglio assai felice di un piccolo polipo fibroso. Credo che in complesso i vantaggi del taglio preponderano d'assai: che è molto più facile, molto più spedito, e sicuro, e che son ben pochi i casi in cui non si troverà essere il processo migliore. In quest'opinione eziandio concorrono quasi ad unanimità coloro la cui esperienza è la più estesa (****); sebbene, onde garantirsi della possibilità che possa avvenire l'emorragia, alcuni pochi, come per esempio Aran (*****) preferiscono, quando è praticabile, applicare la legatura, e poi o subito o quasi subito dopo escidere il tumore.

In vista della mia opinione circa i meriti comparativi delle due maniere di operare non posso aspettare che io dia un lungo dettaglio intorno alla legatura od agli strumenti inventati per ciò. Basta dire che in complesso la canula doppia di Gooch, col congegno inventato da Laundry, fabbricatore di strumenti del Borough, per serrare la legatura, mi sembra della più facile applicazione e in generale più conveniente; sebbene nulla può meglio mostrare la grande difficoltà, che spesso si prova nel legare i polipi, quanto il numero degli strumenti che furono a tale uopo inventati (*****).

L'escisione dei polipi è ben di rado accompagnata da molta difficoltà od anche da tal dolore da necessitare l'uso del cloroformio, sebbene, quando la paziente è nervosa, sensibile, impressionabile, non vi sia obiezione al suo uso. Posta la paziente sul dorso coi piedi appoggiati su uno sgabello, le ginocchia divaricate e tenute ferme da assistenti, devesi portare una pinzetta di Museux con cura lungo il dito indice della mano sinistra dell'operatore fino all'altezza del pe-

(*) *Medicine Operatoire*, t. IV, 2.^a ediz. pag. 391.

(**) *Clinique Chirurgicale de la Pitié*, t. III, pag. 210.

(***) Schmidt, *Jahrb.*, vol. II, pag. 90.

(****) Basta citare i nomi di Scauzoni, Aran, e M. Clintock in appoggio di quest'asserzione.

(*****) Op. cit. pag. 875.

(*****). Una critica elaborata dei diversi strumenti per legare i polipi viene data da Kilian, *Operationalehre f. Geburtshülfer*, 2.^a ediz. Bonn, 1852 parte II pag. 208-248. — Gooch stesso descrive la sua canula e il suo modo di applicazione a pag. 250-265 della sua opera (*Diseases of Women*) così chiaramente che non possono darsi precetti migliori per l'uso della legatura.

duncolo del tumore. Allora si apre con cautela; due dita della mano sinistra garantendo le loro punte uncinatè finchè sono aperte abbastanza da lasciar afferrare bene il gambo. Se il polipo è piccolo, basterà una sola pinzetta a tenerlo assicurato, e il polipo allora può essere stirato in basso, fuori dalle parti esterne in modo continuo e lento, o almeno vicino alla vulva, e allora il suo peduncolo può essere diviso con forbici forti, curve e ottuse, simili a quelle che si usano nelle operazioni sulla lingua. Se però la prima pinzetta ad uncini non è ben fissata, o se il tumore è di grosso volume, da non cedere facilmente alla trazione, può essere conveniente introdurne una seconda ed anche una terza prima di fare degli sforzi di estrazione. In tal caso è spesso conveniente introdurre ciascuna branca dello strumento separata: il che si fa facilmente coll'istrumento che usava altre volte il mio collega dottor Arnolt, fatto di due metà separate, ma capaci di essere unite con un perno come quello del comune forceps d'ostetricia. Anche quando è così consegnato però, se il polipo è grosso da quasi riempire la vagina, un uncino acuto non può esser portato su in alto da far presa sul peduncolo senza grave rischio di restare impacciato nello spingerlo o di pungere gravemente le dita dell'operatore. Un fodero metallico, che feci fare onde coprire questi uncini, e che può essere subito levato, appena si sono portati a quella parte del tumore in cui si desidera di fissarli, supera assai bene questa difficoltà. Una trazione costante fallisce di rado nel condurre il tumore a portata delle forbici, sebbene sappia che si richiede l'uso di un forceps ostetrico per portarlo fuori della vulva un grosso polipo. Lisfranc, nei casi in cui v'era molta difficoltà nel tirare in basso il polipo, usava francare gli uncini della pinzetta nelle labbra dell'utero e poi tirare direttamente su di questo (81).

Però nè questo procedere, nè quello di incidere il perineo nei casi, in cui un grosso polipo non poteva passare dalla vulva ristretta, appoggiato dall'autorità di Dupuytren, non mi sembrano convenienti.

La divisione di un grosso polipo e la sua estrazione a pezzi fu

(81) Robert ha costruito una pinzetta, che chiama *pince erigne*, la quale ha il triplo vantaggio d'essere disarticolata e di potersi unire come un forceps, di poter essere introdotto nella cavità uterina senza che gli uncini suoi portino lesione al tessuto, e infine di avere un apposito meccanismo col quale gli uncini nascosti nel cucchiaino fenestrato della branca si sviluppano e afferrano il peduncolo del polipo strettamente, per quanto grosso esso sia, lorchè le branche furono appostate ai lati di questo. La fig. 30 disegna questa pinzetta chiaramente, senza descriverla nei suoi dettagli. È assolutamente di comodo maneggio, gode di una presa forte, e adempie bene alle indicazioni per cui fu costruita. Solo si vorrebbe che il cucchiaino delle branche fosse meno largo allo scopo di poterlo portare e maneggiare più facilmente entro la cavità uterina. Per il che basterebbero due sole finestre e due soli uncini per cucchiaino.

dall'esperienza provato essere scevra da quei rischi d'emorragia che si temevano una volta dietro l'uso di strumenti taglienti in qualunque modo per l'esportazione di questi tumori; mentre diversi pratici inventarono coltelli curvi od uncini taglienti per la divisione del peduncolo di polipi che non potevano stirarsi in basso con facilità. Così Velpeau (*) usa un coltello lungo 20 a 25 centimetri, curvo sulla punta, che è ottusa ed ha un margine tagliente da un solo lato. Con questo strumento divide il peduncolo del polipo, tenuto stirato da un assistente che l'ha afferrato cogli uncini di Museux. Un coltello assai ingegnoso, sebbene forse piuttosto complicato, la cui lama è fissa ad angolo retto col manico ed è introdotta difesa da una specie di fodero come quello di un bistori nascosto, fu inventato ed adoperato in un caso di polipo assai voluminoso e a peduncolo grosso e solido dal dottor Herrick di Ratisbona (**), mentre recentemente il professore Simpson di Edimburgo (***) usò d'uno strumento non dissimile dall'uncino acuto usato dagli ostetrici per decapitare il feto. L'istrumento nello sue mani sembra avere assai bene corrisposto, sebbene si possa temere che la lama tagliente essendo sullo stesso piano del manico dello strumento, tagli troppo obliquamente per dividere prontamente il peduncolo.

Quantunque così in generale applicabile, vi sono però alcune poche condizioni in cui l'escisione dei polipi sembra essere inferiore, quanto a sicurezza, alla loro esportazione colla legatura. Lo stirare forzatamente l'utero in basso in casi, in cui il polipo è contenuto entro la sua cavità, affine di renderlo accessibile, è inevitabilmente accompagnato da un grado di violenza che si risparmia nell'applicazione della legatura. L'uso della cordicella con filo d'acciaio invece della vecchia legatura colla cordicella, e l'applicazione del principio dell'*écraseur*, come nello strumento inventato dal dott. Braxton Hicks (****) tolgono alla legatura i pericoli, che di solito la accompagnavano, giacchè per tal modo il peduncolo del tumore può tagliarsi del tutto in pochi minuti. In casi di polipi assai grossi, in cui non v'ha spazio per l'applicazione di altri strumenti, questa legatura tagliente può anche probabilmente usarsi con sicurezza (*****).

Con qualunque mezzo si separi un polipo dall'utero (naturalmente

(*) *Bulletin gen. de Therapeutique*, vol. XIV, Parigi 1838, pag. 1856, e Meissner. op. cit. vol. I, pag. 864.

(**) *Ueber Gebärmutter Polypen und deren Ausrottung*, Regensburg, 1846.

(***) *Edin. Monthly Journal*, Gennaio 1855, e *Obstetric Works*, vol. I, pag. 150.

(****) Vedi la descrizione e il disegno dello strumento nelle *Transactions of the Obstetrical Society*, vol. III, pag. 340.

(*****). Il dottor G. Simon, che fece tanto pel miglioramento della chirurgia operativa nelle malattie delle donne, suggerisce un modo assai ingegnoso di farsi strada al peduncolo di polipi assai voluminosi. Questo processo consiste nel fare un'incisione profonda e trasversa più in alto che si può nel corpo del polipo, e poi nel disseccare la sua capsula per metà della circonferenza del tumore. Se poi il polipo viene afferrato cogli uncini e si stira continuamente, le sue fibre si allungano di tanto da lasciare un facile accesso al peduncolo, sebbene prima di ciò, quando la massa conservava una forma più globosa, sarebbe stato affatto fuori di portata (*Monatsschrift f. Geburtshunde*, vol. XX, pag. 461).

eccezzuati i polipi di natura maligna) il peduncolo avvizisce e il tumore non si produce. Questo fatto, che una volta si riguardava come un problema di ardua soluzione, non è difficile da intendere, se ricordiamo che il peduncolo è formato da tessuto uterino. Coll'espulsione del tumore, lo stimolo all'ipertrofia dell'utero vien tolto; tutto l'organo ritorna per quel processo d'involuzione di cui vediamo tanti esempi alle sue dimensioni naturali, mentre il peduncolo del polipo si smaltisce completamente.

Si ricorre talvolta ad altri modi onde liberarsi dai polipi fibrosi, ma è appena necessario farne la loro enumerazione. La torsione è di raro applicabile, perchè il gambo è di solito troppo grosso e troppo resistente da permettere che il tumore venga così rimosso. Se però il polipo è piccolo e il suo gambo sottile, non vi può essere obiezione a ciò, mentre fuor di dubbio ha il gran vantaggio di togliere quasi affatto ogni rischio dell'emorragia (82). Lo strappamento o avulsione forzata del tumore ha nulla che la possa raccomandare, è incerta, dolorosa e pericolosa. Il distruggere la vitalità del polipo colla compressione forzata di tutta la massa o del solo peduncolo con uno strumento che lo strozzi, come si pratica da Gensoul di Lione (*), sembra presentare tutte le obiezioni che ponno addursi contro la legatura, senza un vantaggio che la compensi.

Qualche parola bisogna pur fare circa l'accidentale complicazione di gravidanza o travaglio col polipo dell'utero, prima di lasciare l'argomento (**). Vi sono buone ragioni per credere che i polipi partecipano dello sviluppo generale dell'utero durante la gravidanza, e che un'escrescenza previamente assai piccola può raggiungere un volume assai considerevole durante la gestazione. Però essi non producono in generale sintomi distinti durante la gravidanza, nè tendono ad intralciarne il progresso naturale. Dopo il principio del travaglio i loro effetti dannosi diventano palesi, giacchè talora presentano un ostacolo meccanico al passaggio del feto, ed altre volte

(*) *Nouveau procédé pour opérer les Polypes de la Matrice*, 8.^o Lione, 1831, p. 11.

(**) In questo argomento un abile saggio che merita di essere letto fu pubblicato dal Dottor Oldham nei *Guy's Hospital Reports*, 2.^a serie, vol. 11.

(82) La torsione dei polipi fibrosi ha ordinariamente un'esito infausto per la metrite che consegue e per il facile asorbimento purulento consecutivo alla flebite; giacchè colle fibre del peduncolo vengono torte anche quelle della parete uterina su cui sono inserite, o colle quali si trovano essere continue ed intrecciate. Da ciò la lesione del tessuto uterino e le conseguenze succennate. La torsione quindi non può esser mantenuta se non per i polipi cistici, idatiformi, i quali, sono facilmente lacerabili ed offrono al loro peduncolo una resistenza minima. Vuolsi per questi usare di pinzette le cui cucchiaja siano fenestrate, larghe e dentellate, onde la presa cada su di un'estesa porzione dell'escrescenza e ceda meno difficilmente.

DE-CRISTOFORIS.

hanno origine a sinistre conseguenze dopo la sua espulsione. Una delle più frequenti fra queste è l'emorragia; il polipo entro la cavità uterina impedendo la debita contrazione dell'utero, appunto come fa una porzione di placenta aderente nei casi di sua rottura. L'altro rischio è quello di indurre un'azione uterina violenta ed infrenabile, che esaurisce la paziente per la sua intensità e durata: come per esempio nel caso riferito dal dottor Gooch (*) in cui dopo il parto un polipo che pesava quasi due chilogrammi fu espulso oltre le parti esterne, e la paziente morì mentre i dottori che la assistevano eran tutt'ora incerti cosa fosse il suo male, o cosa si potesse fare per guarirlo.

Ad onta di queste contingenze però la regola generale, riguardo alla cui assennatezza non v'ha dubbio, si è di non intervenire per polipo uterino, nè nel travaglio nè dopo il parto, a meno che i sintomi sieno così seri da non lasciarci alternativa. La base di questo precetto ci vien dato dal rischio d'emorragia se il polipo si escide, di flebite dietro assorbimento della materia animale in decomposizione se il tumore si esporta colla legatura; mentre la vascolarità del polipo e forse il suo volume diminuiranno rapidamente col progredire dell'involutione del viscere, tutto l'organo diventando meno suscettibile quanto più si allontana dalla data del parto.

È pertanto meglio durante il parto estrarre il feto, e poi frenare l'emorragia e cogli opiatii attutire le violenti contrazioni uterine, se possibile, piuttosto che tentare l'immediata esportazione del polipo, esponendo la paziente ad azzardi gravi e difficili a riparare. Se però l'intervento divenisse necessario d'urgenza, credo che anche in questi casi preferirei l'escisione del polipo, col rischio immediato d'emorragia, ai pericoli, sebbene più tardivi ma a mio credere più gravi, che s'associano all'uso della legatura.

Ci rimangono ancora poche varietà di malattie uterine riguardo alle quali si dovrebbe dir qualche cosa prima di passare allo studio di quelle affezioni maligne dell'utero, che costituiscono dolorosamente i più importanti dei mali del sistema genitale della donna. Con un breve cenno di queste mi propongo di impiegare il resto della presente lezione, e prima descriverò una forma assai rara di tumore uterino, che rassomiglia nei suoi caratteri a ciò che si chiamò il tumore fibroide ricorrente.

Nel volume VIII delle *Transactions of the Pathological Society* (**) sono ricordati da Hutchinson i particolari di un caso in cui un tumore si formò nella cavità uterina di una donna non maritata di media età, e produsse emorragie copiose e frequenti. In capo a 23 mesi si fece un tentativo per levare il tumore che sorgeva dall'interno dell'utero da un peduncolo grosso come il corpo, donde una massa grossa come tre pugni protrudeva in vagina mentre l'utero si sen-

(*) *On Diseases of Women, ecc.*, p. 281, caso VII.

(**) Pagina 287.

tiva grosso come la testa di un feto al disopra del pube. La tessitura mollo del tumore impediva di afferrarlo saldamente, o l'operazione fu intralasciata solo dopo che una porzione comparativamente piccola della massa era stata distaccata. La massa del tumore però, in seguito si sfacellò, e in capo ad un mese non se ne poteva scoprire traccia, nè si trovava ampliamento d'utero. Per tre mesi di seguito la paziente continuò a migliorare in modo da sperare che una guarigione perfetta si fosse effettuata, ma in capo a sei mesi il tumore erasi riprodotto sebbene non avesse acquistato il volume di prima. Si eseguì allora una seconda operazione, e la mano introdotta nella cavità uterina lacerò il tessuto del tumore, che fu possibile esportare solo assai imperfettamente. Ne seguì di nuovo un miglioramento temporario ma in altri tre mesi il tumore erasi riprodotto ancora ed offriva i suoi vecchi sintomi. I tentativi per distruggerlo colle iniezioni caustiche produssero molto sofferenza, fecero poco bene, e la morte seguì due anni e dieci mesi dopo il principio della malattia della paziente.

L'utero era del volume di circa due pugni o conteneva un tumore bianco, mollo, attaccato per base larga al fondo o alla paroto posteriore; la sua estremità libera pendeva sotto figura polipoide giù vicino all'orificio uterino. La mucosa della cervice sebbene congesta era sana: le pareti uterine erano molto ingrossate in quelle parti ove non era attaccato il tumore, ma erano assottigliate, evidentemente per la sua inserzione, alla base dell'escrescenza.

All'esame microscopico si trovò essere il tumore composto di tessuto fibroide, e di un materiale più molle composto di corpi nucleari rotondi, di molecole trasparenti e di alcune cellule fusiformi. Tanto il suo carattere microscopico come anche la storia della malattia sembrano escludere il tumore dalla classe delle escrescenze maligne, e l'interpretazione data da Hutchinson sulla sua natura, come appartenente alla classe dei tumori fibroidi ricorrenti, è senza dubbio esatta.

Nel suo scritto sull'enucleamento dei tumori fibrosi, Hutchinson riporta un caso del dottor Atlee come spettante probabilmente alla stessa categoria di quello ora riportato. Il racconto fatto dal dottor Atlee (*) però è troppo vago da renderci capaci a formare un giudizio molto accurato della struttura del tumore, sebbene la sua rapida riproduzione in seguito all'esportazione renda la sua opinione assai probabile. Un caso spettante all'istessa classe capitò pure a me, ed i dettagli suoi, come si vedrà, concordano molto colla storia della paziente di Hutchinson.

Una nubile di 23 anni, che godè sempre di buona salute, e che dal suo quattordicesimo anno era mestruiata scarsamente, ma senza dolore, ogni tre settimane, ebbe un calcio nella parte inferiore dei lombi durante un periodo mestruo nel luglio 1852. Quest'offesa fu

(*) *Transaction of American Medical Association*, vol. VI, pag. 579, caso III.

seguita da perdite di sangue frequenti ed abbondanti dalla vagina, e verso la fine del settembre da dolore ai lombi ed all'ipogastrio, e da un senso di spossatezza, che peraltro non si aggravava per fatica moderata, nè alleviavasi colla posizione supina. Le perdite che l'avevano ridotta ad uno stato di gran debolezza, al tempo della sua ammissione all'Ospedale il 1.^o ottobre 1852, furono descritte come abitualmente fetenti, consistenti talora di sangue fluido, misto spesso a grossi coaguli, ma altre volte verdastre e acquose. Esaminando la bocca dell'utero si trovò largamente aperta, ed un polipo, apparentemente del volume di un uovo di piccione, protrudeva da esso, e non lasciava passare il dito abbastanza in alto da arrivare al punto di sua inserzione. La pinzetta ad uncini introdotta per tirarlo in giù ne lacerò la sostanza, che si trovò assai molle; ma essendosene levata una porzione grossa come un ovo, fu lasciata ancora entro l'utero una grossa massa. Non ne seguì emorragia da questa prima operazione che fu tentata il 4 ottobre; il 10 essendosi amministrata nell'intervallo la segale cornuta nella speranza di forzare il tumore all'imbasso, la sonda entrò per 11 centimetri, e il dito trovò una massa informe non dissimile dalla placenta o da un vecchio coagulo molto aderente alle pareti dell'utero, il quale era perfettamente mobile nella pelvi. L'11 novembre si fece un secondo tentativo per levare il tumore, avendo la paziente nel tempo intermedio sofferto molto di emorragia ed anche di molti dolori. Non si riuscì però ad esportare che una porzione assai piccola del tumore, il cui tessuto si lacerò ancora, mentre le sue aderenze alla parte posteriore ed inferiore dell'utero crauo troppo estese da permettere di potervi passare attorno una legatura. Il 20 dicembre si tentò una terza operazione, una quarta il 5 febbrajo, una quinta il 21 febbrajo, ed una sesta l'8 di marzo; stracciando in parte il tumore colle dita, in parte lacerandolo dall'interno dell'utero con un coltello ottuso, la cui lama era fissata al manico ad angolo retto. Dopo ciascuna operazione si staccarono masse del tumore, o si calcolò che tutt'assieme la quantità rimossa durante e dopo le singole operazioni poteva montare a 180 grammi circa. L'11 aprile la sonda entrava per dieci centimetri, mostrando che, sebbene il volume dell'utero fosse diminuito, non era però tornato alle sue dimensioni normali; mentre ad onta che l'orificio fosse chiuso per modo che non si potesse accertare l'esatto stato delle cose, temei però la riproduzione del tumore, giacchè mi aveva fatto impressione la circostanza che ad onta della sua lacerazione e della forzata evulsione di porzioni di esso ad ogni operazione, mostrasse nonostante ad ogni ripetizione del processo la stessa superficie regolare.

L'esame microscopico delle porzioni di tumore mostravano la sua tessitura composta di fibre imperfettamente formate, e di un aggregato di cellule rassomiglianti a quelle della linfa infiammatoria o cellule di granulazioni.

In aprile la paziente lasciò l'Ospitale, ma alla fine di giugno ebbe

un' emorragia imponente, durante la quale si scaricarono grosse porzioni del tumore miste a coaguli. Al principio d' agosto rientrò all'Ospitale e l'utero ingrossato si sentiva distintamente al di sopra del pube, mentre coll'esplorazione vaginale il suo segmento inferiore sentivasi molto disteso. Si dilatò l'orificio uterino con tenta di spugna e si estrasse in frammenti quanto si potè del tumore, sebbene la quantità non eccedesse di molto i dodici grammi. Allora si iniettò la tintura di cloruro di ferro nel tessuto lacerato nella speranza di accelerare così la sua distruzione, e questo si ripeté tre volte tra quell'epoca e il 17 ottobre. Però la paziente temeva assai queste iniezioni atteso il gran dolore che le cagionavano, mentre il clorofornio produceva tanto e tale malessere e depressione, che non fu possibile continuarne l'uso.

Nel 'dicembre 1853 un accesso d'emorragia fu accompagnato dall'espulsione di 180 grammi del tumore, e il 15 di quel mese se ne levò una grossa porzione, e il 20 febbrajo 1854 si eseguì una nona ed ultima operazione. Le sofferenze prodotte da ogni operazione, non tanto al momento dell'esecuzione come in seguito, in cui essa provava sempre un senso di dolentatura addominale e producevasi un grado forte di disturbo costituzionale associato al carattere necessariamente incompleto di ciascuna operazione, e l'estrema rapidità, con cui si riproduceva il tumore, mi condussero questa volta ad estenermi da ogni intervento. Sarebbe noioso riportare minutamente la storia consecutiva della paziente che nell'autunno 1857 era ancora capace di occuparsi in lavori sedentarii, e camminare mezzo miglio affine di farsi vedere da me all'Ospitale. Essa aveva avuti molti attacchi di profusa emorragia, uno dei quali nel maggio 1856 riuscì quasi fatale, e per settimane fu susseguito da un imponente depressione con dolori addominali forti, i quali venivano calmati solo da dosi di morfina larghe e da copiosa e molto fetida perdita acquosa. Il contorno del tumore addominale inoltre poteva sentirsi al di sopra dell'ombilico, l'addome misurando in tal punto 81 centimetri, mentre dalla vagina si estendeva un'escrescenza molle, lobulata attraverso la bocca dell'utero assai dilatata. Ad onta del marcato aumento del tumore addominale però la condizione della paziente migliorò continuamente dopo essersi rimessa dall'emorragia del maggio 1856: da quell'epoca non avvenne perdita considerevole di sangue, sebbene l'addome restasse estremamente sensibile; e la paziente ad onta della forza aumentata rimaneva pallida come statua di marmo. Il 20 dicembre 1857 rientrò all'Ospitale per l'ultima volta, invero non sofferente perchè fossero ricomparsi i suoi sintomi uterini, ma per dolore che credeva reumatico nel collo e per tosse prodotta da freddo sofferto una settimana prima. Era percettibile un gonfiamento del lato destro delle vertebre cervicali, e la sua probabile natura venne chiarita nel corso di pochi giorni dalla comparsa di torpore del braccio e della gamba destra, e da difficoltà a muoverli. Poi diminuì parimenti il vigore della gamba e del braccio sinistro; e passava l'urina senza volontà o

coscienza. Inoltre la respirazione era stentata ad un grado di cui l'ascoltazione non poteva render conto; le forze declinarono giornalmente scbbene senza sofferenze, e la morte avvenne tranquilla il 3 gennajo 1858, sei anni circa dal principio della malattia.

Il seguente rendiconto della necropsopia è preso dalle annotazioni del mio amico e collega dottor Callender. La rarità del caso deve sensarmi d'averlo riportato in dettaglio. — Aprendo il sacco peritoneale si vide un grosso tumore ovale, sul davanti del quale eranvi parecchie circonvoluzioni del tenue: tumore che occupava la fossa iliaca sinistra e si estendeva in alto al livello quasi della metà del rene sinistro, era rivestito da una membrana sottile trasparente, s'internava tra le scissure che dividevano il tumore in lobi di volume ineguale.

Il tumore era di color bianco o di paglia pallido, poco vascolare e con pochi vasi sanguigni ramificantisi sulla sua superficie: sorgeva dalla parete uterina posteriore, a cui era connesso per larga base della larghezza di sei centimetri per tre in lunghezza, ed era largo tredici centimetri. L'utero riempiva l'intera pelvi e sorgeva ad una certa altezza dal distretto superiore. Le sue pareti erano di solo otto millimetri di spessore, e la bocca dell'utero era così dilatata da un tumore sporgente da essa, che era impossibile determinare esattamente dove finisse l'utero e dove cominciasse la vagina. L'utero così assottigliato era disteso su un grosso tumore, che ne occupava l'interno. Questo tumore era attaccato per larga base alla parete uterina posteriore dove era continuo col tumore protrudente entro la fossa iliaca, mentre al davanti e ai lati era perfettamente libero.

Indipendentemente da ciò pochi noduli isolati erano aderenti al lato destro dell'utero e protrudevano sulla sua superficie interna interessanti lo strato mucoso e sottomucoso. La superficie lobare del tumore era scevra da ogni irregolarità che si sarebbe potuto avere dalle precedenti operazioni. I lobi erano più marcati e più irregolari sulla parte anteriore e inferiore del tumore che altrove. Misurava 18 centimetri in lunghezza per 13 in larghezza. Questi tumori offrivano dappertutto i caratteri ordinarii di escrescenze fibroidi ricorrenti, essendo composti di cellule nucleate, strette e allungate, caudate e a grano d'avena con qualche nucleo staccato e materia granulare. Le ghiandole lombari erano sede di depositi simili; e noduli di specie simile erano innicchiati nei polmoni, e aderenti allo strato parietale del pericardio. Una massa della stessa natura si vedeva sporgere dal corpo della sesta vertebra cervicale, e lo stesso deposito essendo infiltrato nella sostanza dell'osso l'aveva cspanso tanto all'innanzi come all'indietro, comprimendo le colonne anteriori del midollo spinale e prodncendo i sintomi che alla fine riuscirono fatali (*).

Ho riferito questo caso distesamente per la sua rarità e perchè la

(*) Questo caso è descritto distesamente da Callender nel vol. IX delle *Transactions of the Patological Society*, pag. 327.

sua durata di oltre sei anni rende più prominenti, di quanto faccia la storia della paziente di Hutchinson, le differenze tra questo genere di tumore e quello di carattere veramente maligno. Non si scoprirono cellule cancerose nel tumore uterino, nè durante la vita della malata, nè quando le parti furono rimosse dopo morte: e sebbene i noduli nei polmoni si credessero da alcuni, che ne esaminarono la struttura, contenere cellule rassomiglianti a quelle del scirro ordinario, pure Callender non ne scoprì alcuna, mentre tutti furono d'accordo nell'abbondanza di materiale fibroide.

Non conosco altri casi simili a questi. Al presente la nostra esperienza è troppo piccola da autorizzarci ad arrivare a conclusioni affatto positive riguardo alla malattia da essi illustrata. Si può però dubitare se non sia più saggia condotta lasciare la malattia a sè; giacchè mentre la loro completa esportazione sembra impossibile, l'esportazione parziale sembra venire susseguita da aumentata rapidità nella loro riproduzione.

Due casi di tumori grassosi dell'utero sono riportati nei giornali medici tedeschi; e quantunque non ne conosca alcuno di questa specie sembrerebbero un'ommissione da parte mia, se mancassi di riportarli.

Le pazienti in cui si osservò quest'escrescenza erano dell'età rispettiva di 50 e 53 anni (*). La prima di queste donne dopo avere sofferto undici anni di leucorrea, espulse dalla vagina un tumore del volume di un pugno, che si accertò essere composto di grasso, assai somigliante alla colesterina sebbene non affatto identico ad essa. Nell'altro caso il tumore che era del volume di una testa di feto protrudeva dalle parti esterne, ma era attaccato con un peduncolo largo tre dita a tutto il margine della bocca dell'utero. Fu esportato colla legatura, e la paziente che era stata soggetta a menorragia precedentemente durante un anno ricuperossi. Il tumore che pesava un chilogrammo e mezzo, si dice fosse un ordinario tumor fibroso avente un rivestimento di tessuto cellulare stipato, i di cui scipimenti si sprofondavano nella sua sostanza. La paziente nel primo caso dopo l'espulsione del tumore continuò ad esser soggetta a perdite periodiche di un fluido acquoso viscido, assai fetento, in cui trovavansi di quando in quando piccole masse schiacciate simili alla sostanza più grossa. Lo stato della cervice era affatto naturale, ed io suppongo che in questo caso il deposito di grasso avesse avuto luogo su una superficie libera della membrana mucosa dell'utero morbosa, e si fosse accumulata a poco a poco nella cavità dell'organo, finchè ne stimolò a contrazione le fibre muscolari e la espulse.

Per ultimo aggiungerò poche parole riguardo al deposito tubercolare nell'utero, sebbene non debba forse a stretto rigore esser qui annotato, ma debba piuttosto essere riportato ad un separato capi-

(*) I casi sono riferiti dal dottor W. Rusch in *Müller's Archiv.* 1851 pag. 358; e dal dottor Seeger in *Hist. nat. Zeitschr.* vol. V, 1852, ed in *Schmidt's Jahrb.* Dicembre 1852, pag. 333.

tolo. La convenienza deve far trascurare una distribuzione strettamente scientifica. Accade talora che esaminando l'utero, sebbene il suo esteriore possa parere affatto sano e il canale della cervice pure scevro da malattia, tutta la sua cavità si trovi occupata da una materia di colore giallo sporco, assai somigliante in aspetto e consistenza alla sostanza di una ghiandola bronchiale tubercolare, quando comincia appunto a rammolirsi. Questo deposito è in generale dello spessore di tre millimetri, è facilmente raschiato col dorso dello scalpello; ma togliendolo si trova che ogni traccia della membrana interna dell'utero è scomparsa pure, o se ne rimane in qualche parte quella si vede essere opaca, più vascolare del naturale e presentare al disotto piccoli punti gialli, aventi l'aspetto di depositi tubercolari distinti, quali sono infatti, come si accertò dietro attento esame microscopico. Nei casi in cui la malattia è solo sull'esordire, appaiono sulla membrana mucosa i soli depositi gialli separati, mentre quando la malattia è assai avanzata (ed era tale nei due casi venuti sotto la mia osservazione) non solo è distrutta completamente la membrana mucosa, ma il deposito guadagna sulla sostanza dell'utero, la sua cavità ne è ingrandita per l'abbondanza della sostanza morbosa e le sue pareti sono ingrossate; cambiamenti che in alcuni casi si conobbero accadere in grado assai considerevole.

Nella gran maggioranza dei casi il deposito tubercolare non si estende oltre la cavità dell'utero, sebbene talvolta si trovi una materia simile che distende le tube Falloppiane, e qualche volta colla malattia dell'interno dell'utero coesista la degenerazione tubercolosa degli ovarj. Ambo questi casi sono però più frequenti che non lo sia l'estensione della malattia al canale cervicale; e Rokintansky (*) dice che ben di rado vi apparisce colà come un deposito primitivo. Talora sul vivo alla superficie delle labbra dell'utero si vedono depositi di color giallo, del volume di un pisello dimezzato o più piccoli aventi affatto l'apparenza di piccoli depositi di tubercoli gialli, che pungendoli lasciano sortire una piccola quantità di materia della consistenza del pus, o un po' più solida, ed avente sotto il microscopio un'apparenza glandolare. Fu asserito che questi depositi fossero tubercolosi, e l'alta autorità del fu professore Kiwisch (**) può addursi in appoggio di quell'opinione. Ho praticato dell'apparenza, ma non sono affatto convinto del suo carattere tubercoloso, e pelmo a considerarlo piuttosto dovuto all'ipertrofia di alcuni dei follicoli Nabotiani con obliterazione dei loro orifici ed alterazione dei loro contenuti. Ad ogni modo, sebbene lascino dietro di sé talora piccole ulcere escavate, mai non puoi seguire la traccia di qualche legame tra quest'apparenza e qualche forma di ulcera distruttiva della cervice.

La malattia sembra essere sempre secondaria a depositi tubercolosi in altre parti, ed anche allora è rara, sebbene forse meno di

(*) *Pathol. Anatomie*, 3.^a ediz. 1861 vol. III, pag. 428.

(**) *Op. cit.* vol. I, pag. 558.

quanto fu creduto da Louis, (*) il quale calcolò la sua frequenza non maggiore dell'uno e mezzo per cento su tutti i casi di tubercoli in generale. Kiwisch (**) dico che a Praga la si trovò una volta su ogni quaranta casi, o in altre parole con una frequenza del due e mezzo per cento; e non conosco altro dato statistico che si riferisca a questo soggetto.

La tavola seguente dedotta da dati forniti da Kiwisch e da uno scrittore recente e diligente sul soggetto, il dottor Geil(***), dà qualche informazione non senza valore.

Si trovò deposito tubercolare nell'utero:

In	6	soggetti tra i	10 e 20	anni d'età
n	22	n	20 — 30	n
n	15	n	30 — 40	n
n	10	n	40 — 50	n
n	7	n	50 — 60	n
n	6	n	60 — 70	n
n	2	n	70 — 80	n

Totale 68

In 4 dei casi raccolti dal dottor Geil la sede dell'affezione è distinta:

Utero solo affetto	1 caso
n e tube { con affezione del peritoneo	19 casi
{ senza "	12 "n
Utero e tube { in forma di processo aftoso	2 "n
e vagina { " vere ulcere tubercolose.	1 "n
Tube sole affette	8 "n
Tuba destra sola	2 "n

Totale 45

L'amenorrea o la dismenorrea associate spesso a perdite leucoriche sono i sintomi, che si osservano ordinariamente nella tubercolosi uterina. Il dolore sembra essere fenomeno eccezionale, e, quando esiste, non è un sintomo precoce, nè acquista comunemente molta intensità, sebbene talvolta, come nel caso precisamente che è capitato sotto la mia osservazione e che fu descritto da Tomlinson di Burton sul Trent ad un'adunanza della Società ostetrica, il dolore può diventar gagliardo. In molti casi nessun sintomo accompagnò l'affezione durante la vita, mentre quelli che furono ora enumerati come presenti, appena fa bisogno dire che non sono affatto patognomonici di questa particolare malattia. Infatti se noi riflettiamo che le affezioni

(*) *Recherches sur la Phtisie* 2.^a ediz. Parigi 1834, pag. 142.

(**) Op. cit. pag. 559.

(***) In una dissertazione inaugurale pubblicata ad Erlangen nel 1851, e di cui un estratto vien dato da Schmidt nel *Jahrbücher*, Marzo 1852 pag. 324. Alcuni altri casi, i quali però non danno nuova luce, in proposito si trovano nell'estratto di una memoria del dottor Crocq, negli *Archives de Medicine* 1850 vol. II, pag. 215; ed in un altro del dottor Paulsen in *Schmidt's Jahrbücher*, 1853 vol. VIII, pag. 222.

tuberculose dell'utero sembrano essere quasi sempre secondarie ad estesi depositi di tubercoli in altri organi, siamo condotti alla pratica deduzione che, nei casi in cui si presentano sintomi di tisi, ogni ragione vi sia per intervenire il meno possibile contro l'amenorrea od altre irregolarità della funzione mestrua, e specialmente per astenersi da molta cura locale di ogni altra condizione morbosa uterina che possa sopravvenire (*) (83).

(*) Due volte trovai sintomi di malattia d'utero, che riguardai come tubercolosa, ma non ebbi opportunità di verificare la mia diagnosi con un esame *post mortem*. Le pazienti in questi casi avevano rispettivamente 35 e 53 anni di età. La più giovane aveva avuto dei figli: la più vecchia erasi maritata tardi e non era mai stata incinta. La malata più giovane era in uno stato di tisi avanzata con cavere nei polmoni, la più vecchia aveva avuto sintomi di malattia consuntiva in età giovane, e la percussione era ottusa e la respirazione debole alla regione infra-clavicolare sinistra. In ambe le pazienti la leucorrea aveva prevenuto ogni altro sintomo locale; in ambedue questa secrezione veniva dall'utero dell'utero, era densa, vischiosa, tenace, gialliccia in un caso, verdastro nell'altro; aveva un odore particolare, debole, ma non l'odore disgustoso del cancro. Né nell'uno né nell'altro vi era emorragia; e la mestruazione, che pur continuava nella più giovane, era diventata assai scarsa. Il dolore era venuto gradatamente, era cresciuto lentamente, ma alla fine dopo il lasso di un anno salì ad un grado di angoscia intollerabile incessante. V'era qualche sensibilità all'utero, che era alquanto ampliato, ma non v'era durezza alcuna intorno alla cervice, nessuna condizione morbosa apparve all'occhio intorno alla bocca dell'utero. I sintomi non erano quelli del cancro del corpo dell'utero, ma rassomigliavano non poco a quelli descritti da Tomlinson. Non so quanto tempo vissero queste pazienti ma so che fu più di due anni.

(83) S'è molto discusso a proposito della frequenza della tubercolosi negli organi genitali femminili, che fu esagerata dagli uni, opposta dagli altri.

A mio dire la confusione nasce dal non aver distinto l'argomento per ogni singolo organo dell'apparato riproduttore e, quel che è più, nell'aver spesse volte espressa una diagnosi simile dietro le sole apparenze, dietro i soli caratteri grossolani dello stato dei tessuti e della natura del prodotto morboso.

Dalla lettura delle varie opinioni, e molto più delle varie storie cliniche di credula tubercolosi dell'utero, delle trombe o dell'ovaja appare evidente che questi organi, tranne in rarissime eccezioni, furono invasi dal processo specifico quando già organi principali dell'economia ne erano vastamente colpiti e guasti. E da quella lettura appare pure assai dubbio fosse tuberculare il processo morboso, dal quale orano presi gli organi genitali nei casi in cui ancora mancavano segni di tubercolosi in visceri di primo e di secondo ordine. E dico così perchè per vero non può esser tenuto assolutamente per materia tuberculare lo strato sottilissimo di sereto che, come pretende il Namias (*Sulla tubercolosi dell'utero*, ecc., Venezia, 1858), ricopre nelle tubercolosi, da esso esaminate, la superficie interna dell'utero lasciando integra la tessitura dell'organo ed in condizioni anatomiche di tessuto le più conformi a natura.

Io penso, come già ebbi occasione di esprimermi (*Annali Univ. di Medicina*, Milano 1858, t. 465, Luglio, pag. 156, e Agosto e Settembre pag. 545) che tale rivestimento della mucosa uterina sia stato confuso con quell'abituale catarro onde vanno affette le mucose dell'apparato generativo femminile durante una tubercolosi polmonare e mesenterica, che si può dire non mancar mai, e che fu più volte veduto raggiungere tanta copia entro l'utero

e lo ovaja da distendere le pareti loro enormemente, fino ad assottigliarle. Penso in pari tempo che l'aver dedotta la frequenza della tubercolosi, appunto dalla frequente osservazione di quello stato delle mucose suddette, sia un errore conseguente al primo.

Nè basta il giudicare affetta da tubercolosi la mucosa uterina quando oltre al rivestimento muco-purulento, si vedono esulcerazioni estese e intaccanti lo spessore suo: queste, nel più gran numero di volte, non sono altro che ulceri catarrali, le quali assumono appunto un aspetto dubbio perchè non curate, non medicate attesoche, il maggior male risiedente in visceri più nobili giustifica la trascuranza di questa forma meno importante risvegliatasi negli organi generativi.

Non si può negare che dal processo specifico tubercolare possa essere invaso il tessuto uterino: ma in tali casi la natura dell'alterazione è evidente, giacchè, o la mucosa sola ne è sede ed allora anche nello spessore del corion mucoso si scorge l'infiltrazione tubercolare; o il tessuto stesso dell'utero vi ha partecipato e allora si mostra inspessito dall'infiltrazione, privato di vascolarità, distrutto in varj punti, perforato da focolaj di ascessi contenenti materia caseosa: e tutto ciò accompagnato sempre da tubercolosi avanzata dei polmoni o diffusa di varj organi e tessuti.

Casi ben constatati di tubercolosi isolata degli organi genitali femminili la storia medica per quanto mi sappia non ne ha finora registrati: laonde puossi concludere, che la si verifica come espressione di diffusione del processo specifico già avanzato in altre parti, e che il giudizio di tubercolosi uterina deve essere sempre riservatissimo quando altri visceri non diano contemporaneamente segni di uguale condizione.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE XIX

MALATTIE MALIGNI O CANCEROSE DELL' UTERO

Argomento sconsolante, ma importante per le questioni implicate nel suo studio; opinioni erronee, che altre volte si avevano a suo riguardo.

Definizione del cancro; sue varietà. — Lo scirro assai raro; suoi caratteri anatomici. Cancro midollare; sua natura, modo con cui succede l'ulcerazione, suoi progressi rapidi; sforzi abortivi di guarigione e progresso della malattia. — Iperetrotia dell'utero durante il suo decorso; cambiamenti nelle sue pareti; nel suo interno, o nella sua superficie. — Estensione della malattia alla vagina e alla vescica. Casi eccezionali; cancro del corpo dell'utero; polipi cancerosi. — Cancro alveolare.

* Cancro epiteliale; suoi caratteri generali, suo rapporto col cancro midollare; identità essenziale coll'escrescenza a cavolfiore.

Ulcere della bocca dell'utero; la così detta *ulcera tubercolosa*; ulcera corrosiva. Frequenza delle affezioni secondarie nei casi di cancro uterino.

Nello studio delle malattie che occuparono fin qui la nostra attenzione non perdemmo mai interamente il senso della speranza: o la medicina poteva guarire il male, o la chirurgia svellerla, o alla peggio poteva farsi tanto per ritardarne i progressi, alleviarne le sofferenze da esso cagionate, cosicchè la vita in molti casi era, seppure accorciata di ben poco, talora anche era appena amareggiata dalla sua presenza.

Passando però ora all'esame delle malattie maligne dell'utero, del cancro e suoi disordini affini, troveremo ben poche di quelle circostanze mitiganti che nel caso di molte altre affezioni incurabili diminuiscono la tristezza del quadro. Il dolore spesso superante in intensità tutto quello che si può immaginare di più intollerabile, accompagnato da accidenti che rendono la paziente disgustosa e schifosa a sè stessa ed a quelli stessi che da profonda affezione stanno raccolti ancora attorno al suo letto; la salute generale rovinata dall'azione

del veleno stesso prodotto dal locale sofferimento tendente sicuramente e precipitosamente ad un esito fatale, cui l'ingegno non può allontanare, ma appena mitigare nelle sue più amare angosce; tale è lo schizzo del quadro che debbo chiamarvi a contemplare, e ciò non già in fretta nè per un istante, ma il più accuratamente e deliberatamente in tutti i suoi varj aspetti.

Vi sono infatti molte ragioni che vietano di oltrepassare il soggetto del cancro uterino, accontentandoci, come vorremmo noi, di farlo con una breve notizia. Lo vieta la frequenza della malattia, perchè nessuna età ne va esente, mentre è incerto se ogni altra forma di affezione organica dell'utero si riscontri sì di spesso, ed è ben certo che non ve ne ha altra così fatale: lo vieta il timore naturalmente sentito che questo o quel sintomo indichi il principio od implichi l'esistenza del cancro; giacchè veniamo ripetutamente richiesti di togliere le apprensioni di donne, i cui timori furono risvegliati da qualche male uterino, forse di poco momento, ma di cui si sono figurate nella loro mente spaventata, tutte le disgustose apparenze di una malattia incurabile e quasi insopportabile. Fa bisogno dunque che io dica quanto importi essere capace di togliere tali apprensioni quando sono senza causa, non col dare delle speranze vaghe o delle lusinghe incerte, ma con assicurazioni positive appoggiate a vasta e diligente esperienza, e, fin dove è possibile, a certa scienza.

A quei pratici scrittori tanto inglesi che stranieri, che presero tanta parte nello studio delle affezioni infiammatorie del collo dell'utero, o le cui ricerche li condussero (come credono alcuni, ed io mi confesso di quel numero) ad esagerato apprezzamento tanto della loro frequenza che della loro importanza, noi dobbiamo loro un debito di gratitudine per la luce che diffusero su questa malattia, la quale controbilancia molto asserzioni troppo spinte, e cancella molti errori. Prima di essi il cancro dell'utero soleva descriversi come una malattia di lento progresso, che nel suo primo stadio latente di scirro perdura non solo per mesi, ma per anni, e che poi, svogliatasi ad attività non si sa da qual causa, passa allo stato di carcinoma ulcerato, e così alla sua fine distrugge in modo pronto la paziente. Bastava allora che il collo dell'utero fosse duro e doloroso e alquanto ingrossato per sospettare di malattia maligna, e per imporre alla paziente anni di iniquità senza ragione. Tali e consimili erano i risultati che consognavano dal confondere le conseguenze dell'infiammazione e dei processi affini coi cangiamenti, che la deposizione (84) degli elementi del cancro produce nella parte affetta.

(84) L'autore adoperando il vocabolo *deposizione*, ogni qualvolta parla del tubercolo e del cancro, mostra seguire la dottrina patologica che attribuisce la formazione di tali stati al perversimento, per così esprimermi, degli essudati flogistici fattisi entro ai tessuti normali, sotto date individuali circostanze. La dottrina istologica moderna vuole invece che a quel

È appena necessario definire il cancro, ma se si deve addottare una definizione, non ne conosco di migliore di quella di Muller (*). Pongono dirsi cancerose quelle produzioni che distruggono la struttura naturale di tutti i tessuti, che sono costituzionali dal loro principio, o diventano tali nel processo naturale di loro sviluppo, e che, una volta che abbiano infettata la costituzione, se estirpati ritornano invariabilmente, e conducono ad inevitabile distruzione la persona che ne è affetta. Prendendo però questa definizione in complesso come la migliore, che possa darsi, bisogna ci ricordiamo pure che l'anatomia morbosa e le ricerche chimiche, negli ultimi 25 anni dopo tale definizione, hanno ambedue per iscopo di mostrare grandi diversità tra le differenti forme di carcinoma, e che molti anche di quelli che attaccano l'utero sono locali nella loro origine, e continuano tali per molto tempo nel loro progresso; e che probabilmente, se potessimo sempre scoprire l'esistenza della malattia di buon ora, spesso non dovremmo disperare nella sua cura.

Nessuna forma di carcinoma sembra essere particolare all'utero, sebbene non si riscontrino tutti colla stessa frequenza. Il più comune è il carcinoma fungoide e midollare; vengono poi in ordine di frequenza le varietà epiteliali della malattia, se pure non è più esatto, (come credono alcune altre autorità) di riportarli ad una categoria distinta del cancro genuino; dopo di essi, ma divisi da una gradazione che va allargandosi in proporzione che nuovi fatti vengono ad illustrare il soggetto, può essere classato lo scirro o cancro duro; mentre quasi altrettanto raro, o forse anche meno comune sta la varietà colloide o alveolare della malattia.

Il solo tentativo che io conosca di un riassunto numerico della relativa frequenza del scirro o cancro duro e delle altre varietà di malattia maligna dell'utero, è quello fatto dal fu Professor Kiwisch nel quale appare che circa 3 su 10 casi di cancro dell'utero sono scirrosi. Questo calcolo però con tutta probabilità ragguaglia di molto la frequenza dello scirro, ed io penso che molti casi di cancro midollare duro furono riguardati come scirri, e questo non solo da osservatori meno competenti, ma perfino dallo stesso Kiwisch (**). Egli dice, che col cominciare del rammolimento del carcinoma fibroso i caratteri particolari del tumore scompaiono progressivamente; esso si sviluppa come il cancro midollare, diventa più vascolare, e fa-

(*) *On Cancer*, ecc. Traduzione inglese, 8.^a Londra, 1840, pag. 28.

(**) *Op. cit.* vol. I, pag. 518.

vocabolo sia sostituito l'altro di *neoformazione*, ritenendo che il cancro e il tubercolo procedano direttamente da cellule normali preesistenti, che crescono e si moltiplicano con speciale perversa nutrizione, alterando i rapporti dei tessuti circostanti, in seno ai quali si generano. Ad onta però della presente avvertenza io non muterò l'espressione dell'Autore dovunque è da esso adoperata, onde non scostarmi dalle sue parole testuali. DE-CRISTOFORIS.

cilmente si lacera; contiene una sostanza poltacea simile a cervello, e l'ulcera che si forma su di esso presenta precisamente le stesse apparenze esterne, e gli stessi caratteri che risultano dallo esulcerarsi del cancro midollare.

A sostegno dell'opinione che il cancro fibroso è assai raro, può citarsi inoltre la grande autorità di Rokitsansky (*), mentre d'altra parte il carcinoma midollare ha luogo colla più gran frequenza. Il dire dopo ciò che non trovasi alle sezioni cadaveriche qualche esempio di scirro genuino di utero, considerando quanto poche comparativamente sono le mie opportunità di osservazione dopo morte, sembrerebbe quasi una oziosa impertinenza. È più a proposito aggiungere però che il mio amico Paget mi informa di non essersi mai imbattuto in alcun caso di esso, mentre ognuno che esamini accuratamente le preparazioni dei nostri musei anatomici troverà che questa malattia, detta una volta così comune, riscontrasi in realtà ben di rado. Non è forse di poco rilievo ricordare che su 170 casi di cancro uterino, ch'io ricordo, la malattia dietro una visita durante la vita della paziente risultò essere di natura midollare in 107 casi, epiteliale in 28, epiteliale e fungoide combinate in 2, e colloidi in 2, mentre in 1 solo caso io riconobbi i caratteri dello scirro: sebbene abbia visto alcuni casi di creduto scirro, in cui la storia della paziente e il risultato di osservazioni continuate a lungo mostrassero chiaramente, che il nome era stato mal applicato, dacchè l'ingrossamento e l'indurimento erano dovuti a cause di natura affatto innocente (**).

Ad onta delle stesse differenze, sotto altri punti tutti gli osservatori concordano, e che cioè il collo dell'utero o piuttosto quella parte di esso che sporge in vagina, la porzione vaginale, è il punto in cui comincia in generale il cancro e a cui si limita per un certo tempo. Il suo modo di cominciare differisce secondo che la malattia appartiene alla forma epiteliale od alla midollare. Nel primo caso le papille dell'orificio dell'utero sembrano essere il punto di partenza del male, e non di rado un tumore grosso, granulare, arboreo, sporge in vagina, mentre ancora il tessuto sottostante è ben poco interessato. Nel secondo caso la deposizione morbosa ha luogo nella sostanza della parte, ingrossandola; ma allargandola più che allungandola, accrescendo il volume delle labbra dell'utero, rendendole dure e tese, sebbene non senza una certa elasticità, e allo stesso tempo irregolari e nodose; mentre che si ingrossano, esse di solito si spalancano e lasciano la bocca dell'utero e la parte inferiore del suo canal cervicale molto più aperte, che nello stato di salute.

Facendo un'incisione nelle parti che hanno perduto così i loro

(*) *Pathologische Anatomie*, vol. VII, p. 556.

(**) Se pur troppo che questo genere superficiale di esame, che è solo praticabile in vita, è quasi vano a decidere una questione a cui riguardo esiste tanta differenza di opinione, anche fra i migliori anatomico-patologi, come Virchow e Rokitsansky. La rarità del vero scirro è uno dei punti su cui tutti sono d'accordo.

caratteri ordinari, là dove il tessuto dell'utero è naturale; lo si trova più o meno occupato da un deposito bianco, duro, semi-trasparente, che in altre parti sembra infiltrato nel tessuto proprio dell'utero, in altre lo ha surrogato interamente. Questo deposito è sempre più abbondante verso la superficie mucosa dell'organo, che verso la sua parete esterna; ed uno strato sottile di sostanza muscolare può spesso essere scoperto sotto il rivestimento peritoneale dell'utero anche quando la conversione dei suoi tessuti in tessuto canceroso sia stata la più completa.

È ben raro il trovare dopo morte soltanto questa sostituzione di deposito canceroso, invece del tessuto proprio dell'utero. Nella gran maggioranza dei casi ha luogo rammollimento, anche quando la parte interessata è comparativamente una piccola porzione dell'utero; il rammollimento è subito seguito da necrosi della membrana mucosa della bocca dell'utero; si forma un'ulcera, una erosione irregolare con bordi indurati, rialzati, dentellati; e un putridume sporeo, che copre la sua superficie ineguale, prende il luogo delle labbra lisce ma ingrossate dell'utero. O, se la malattia progredisce ulteriormente, vengono distrutte affatto le labbra dell'utero e la sua cervice, ed una materia molle, sporea, bianca, flocculenta, copre la sostanza ineguale, granulare e indurata, che solo ne segna la loro primitiva situazione.

Queste ulcerazioni una volta formate, crescono con molta rapidità: fatto di cui vidi più d'una volta rimarchevoli dimostrazioni. Una malata di 49 anni fu ammessa in mia cura all'Ospitale S. Bartolomeo, in cui i sintomi consistevano in emorragia, dapprima profusa poi ricorrente di spesso e senza causa sebbene in minore abbondanza: con essa si associò più tardi un dolore ai lombi. L'utero era abbassato, affatto mobile nella pelvi e non molto ingrossato. Il labbro posteriore sottile, sembrava sano, l'anteriore grosso, duro, nodoso, mentre la mucosa di ambedue sembrava sana all'esplorazione collo specolo. Dodici giorni dopo si ripeté l'esame o il progresso della malattia entro questo breve periodo fu assai ragguardevole. Il labbro posteriore non era più sottile e naturale ma ingrossato, corrugato e irregolare, e la superficie interna del labbro anteriore era irregolare come per ulcerazione, mentre l'introduzione dello specolo mostrava la superficie irregolare, frastagliata e sanguinante.

Vidi altri casi simili, ma nessuno, come questo, in cui il formarsi dell'ulcerazione fosse così subitaneo, e il suo progresso consecutivo così rapido. Non è facile dar ragione del formarsi dell'ulcerazione in tutti i casi. Comunemente è preceduta da rammollimento del deposito morboso, ma questo non è sempre costante, perchè nel caso che or ora riportai, ed anche in altri, in cui fu possibile fissare la data dell'ulcerazione, e seguirne l'ulteriore progresso, la sostanza cancerosa attorno all'ulcera era stata e continuava ad essere solida. La sola rapidità dell'aumento non produce per sé l'ulcerazione, perchè alcuni casi di cancro midollare crescente rapidamente cessano

i nostri sospetti, eppure oscurano la nostra diagnosi per la mancanza dell'ulcerazione perfino a periodo assai avanzato. Tutto ciò che possiamo asserire riguardo a questo soggetto si è che in tutte le forme di cancro dell'utero (ad eccezione forse di quella del corpo) l'ulcerazione o la formazione d'una piaga han luogo più presto o più tardi; e inoltre che questa ulcerazione può accadere in uno dei due modi (*) o procedendo dall'interno all'esterno, nel qual caso è preceduta da rammollimento dei tessuti cancerosi, o dall'esterno all'interno, venendo prima distrutta la vitalità della membrana che riveste le labbra uterine, nella stessa guisa che la vitalità della pelle viene talora distrutta da un tumore canceroso del petto.

Bastano pochi giorni per dare all'ulcera le dimensioni ed anche la profondità che può avere per più mesi consecutivi. Infatti la paziente peggiora, continuano le perdite composte di pus delle superficie ulcerate, fetide per miscela di materiali morti o putrefatti, tinte di sangue per emorragia di qualche vaso appartenente alle granulazioni, mentre di quando in quando erompono abbondanti emorragie, talora abbastanza profuse, da destare apprensione perfino per la sicurezza attuale della malata. Se le esaminiamo, troviamo granulazioni vegetanti, o positive produzioni fungose della superficie: dopo un certo tempo il fungo scompare, la superficie si sente meno ineguale, i bordi meno irregolari, e quasi ci persuadiamo che quì o colà ha cominciato un processo di cicatrizzazione. Eppure la guarigione non ha luogo: la piaga cancerosa non guarisce perchè la sua base di sostanza cancerosa non è tessuto cicatriziale, e in conseguenza non può formare cicatrice, e le cicatrici apparenti che si formano di quando in quando non durano mai. Non guarisce perchè l'escrescenza aumenta sempre: non guarisce perchè non si ha formazione di pelle alla sua superficie; e infine perchè il tessuto di nuova formazione ben presto si necrosa di nuovo (**). Nuova formazione e necrosi dei tessuti neo-formati, si avvicendano; una serie di sforzi abortivi di cura, tali da impedire la rapida estensione dell'ulcera, tali da rincorare la paziente con speranze delusorie di guarigione, tali da sviare talora i pochi accorti, anche fra i membri della nostra professione, e tali (io arrossisco nel dirlo) che danno al miscredibile ciarlatano un pretesto plausibile per le più spregevoli di tutte le falsità, per quelle con cui per proprio conto, il medico osa imporre alla credulità della sua paziente.

Quantunque la malattia possa talora sembrare che avanzi lentamente, pure progredisce, i depositi cancerosi estendendosi dalla cer- vice nella sostanza del corpo dell'utero; i tessuti neoformati mo-

(*) Vedi per riguardo a questo soggetto, Paget op. cit. vol. II, pag. 334.

(**) Bruch. *Ueber die Diagnose der bösartigen Geschwülste*, 8.^o Mainz 1847, pagina 454. I pochi casi isolati di cura spontanea del cancro limitato alla porzione vaginale non invalidano la verità generale di quest'asserzione. Tal cura ha luogo, secondo Rokitsansky (*Pathol. Anatomie*, 3.^a ediz. vol. III, pag. 495) per un processo di ulcerazione depascente; la conseguente perdita di sostanza lasciando una cicatrice a forma d'imbuto, col suo apice diretto all'insù verso l'orificio interno dell'utero. Vedi un caso di Scanzoni op. cit. pag. 282; e alcune osservazioni di Wagner, *Der Gebärmutterkrebs*, 8.^o Lipsia 1858, pag. 27.

rendo e nel complesso necrosandosi in grado maggiore di quel che si riproducano, finchè le labbra della bocca sono tutt'affatto distrutte, la porzione vaginale della cervice viene pure distrutta, ed un'apertura largamente beante, con bordi ingrossati duri, irregolari, è tutto quanto rimane a segnare il punto dove l'utero comincia e, dove finisce il canale che vi conduce. Spesso, sebbene non sempre, un passo preliminare a quest'evenienza è la formazione di aderenze tra le labbra dell'utero e la superficie contigua della vagina. Talora queste adesioni sono limitate ad un sol labbro, spesso li interessano ambedue e si deve ad esse in gran parte quell'apparente accorciamento della vagina, che è assai sensibile in molti casi di cancro uterino, e che non implica per nulla che abbia avuto prima luogo qualche abbassamento dell'utero. Nelle specie più molli di cancro midollare, in cui si trova più di frequente questa condizione, e nel grado maggiore, la superficie della porzione vaginale e le pareti della vagina si fondono talora così completamente assieme che un puro anello ingrossato è tutto quanto indica la situazione della bocca dell'utero. Anche questo alla fine diventa indistinto in grazia dell'estensione della malattia cancerosa lungo le pareti vaginali, e il dito alla fine non trova distinzione tra l'utero e la vagina, ma trova solo che le pareti ineguali del canale finiscono in una cavità riempita da uno sporco putridume.

Talora infatti questa fusione delle due superficie non ha luogo, ma non di meno la vagina viene interessata quasi sempre nel progresso della malattia. Deposito canceroso si fa nel tessuto cellulare, limitato dapprima quasi affatto alla parte superiore della vagina, dove produce quell'ingrossamento, durezza e resistenza, che rendono l'utero canceroso meno mobile del naturale. Col lasso di tempo il deposito diventa più considerevole alla sua sede originale, e inoltre si estende più e più lungo il canale, accorciandolo ed anche ingrossandolo, mentre che la ipertrofia generale dei tessuti tende allo stesso risultato. Nè la malattia si limita alla sostanza della vagina, ma interessa in quasi ogni caso la mucosa, e questa, come poteva prevedersi, in modo più marcato nella immediata vicinanza dell'utero. Infatti l'intera membrana mucosa è spesso rossa ed infiammata, e mano mano si avvicina al collo dell'utero si trova anche raminollita e inspersa. Piccole chiazze di deposito canceroso bianchiccio del volume di un capocchì di spillo a quello d'un grano d'orzo, non di rado guerniscono la parte superiore del canale, e ulcerazioni superficiali e d'indole cattiva usualmente di forma irregolare e aventi una direzione trasversa, si riscontrano di spesso. Queste ulcerazioni, dice Lebert (*), hanno di rado una base cancerosa, e sono probabilmente dovute in gran parte alla natura acre della perdita, da cui la parte superiore del canale è quasi costantemente bagnata. Ciò che rende quest'opinione più probabile si è, che nei casi di cancro epiteliale,

(*) Op. cit. pag. 230.

in cui questa perdita manca spesso, le ulcerazioni mancano pure comunemente.

È pressochè inutile il dire che, mentre la malattia progredisce alla parto inferiore dell'utero, il resto del viscere non mantensi in istato sano. So la vita si prolunga sufficientemente il deposito si estende a gradi a gradi più e più in alto fino anche ai legamenti degli ovarii, e talora più in alto; le pareti del viscere sono ingrossate da infiltrazione di materia cancerosa o sono completamente convertite in tale sostanza. Questa però non è la sola causa di quell'ingrossamento di tutto l'utero che si riscontra in quasi ogni caso di carcinoma. In altri organi del corpo il progresso del deposito canceroso, l'insua e la scomparsa del tessuto proprio della parte procedono simultanei o in proporzioni eguali. Nel caso dell'utero, però, quella disposizione ad aumento e sviluppo, di cui vedemmo tanti esempi, si mostra anche nel progresso di malattie maligne. Le pareti s'ingrossano nelle parti non ancora invase dal cancro, perchè l'aumentato afflusso di sangue porta seco un'accreciuta attività di sviluppo; o perfino in quelle situazioni, in cui il deposito maligno è abbondante, vi rimane fino a periodo tardivo uno strato di fibre muscolari, che lo circondano all'esterno; il prodotto, come credo, di nuova formazione, non è semplicemente il residuo delle pareti originali e dell'organo.

Ma quantunque la malattia cancerosa, per la ragione che le ho assegnata o per qualche altra causa, sia finora inesplicabile, di rado giunge ad interessare la superficie esterna dell'utero, la sua mucosa non ha simili immunità da malattia. La sua condizione però è molto variabile. Talora non v'ha di apparente che un rossore generale ed intenso dell'interno dell'utero; ma molto più soventè la membrana interna dell'utero è ricoperta da una secrezione brunastra disgustosa, ed è qua e là cosparsa da piccoli depositi bianchi di cancro. Se la malattia è più avanzata, la membrana mucosa manea ad ogni modo alla parto inferiore della cavità uterina, e la superficie è ineguale e granulosa per infiltrazione di deposito canceroso entro il tessuto uterino. In un caso pure trovai tutto l'interno dell'utero tappezzato da uno strato bianco membraniforme di deposito canceroso, sotto il quale la sua sostanza era irregolare e granulosa, come se ulcerata.

Questa distinzione parziale della sua membrana mucosa o questo stato granuloso del suo interno producono quella ruvidezza che il dito sente costantemente quando si introduce entro l'orificio dell'utero canceroso. V'ha però inoltre, in molti casi di carcinoma uterino, una distinta escrescenza polipoide cancerosa, che sorge dalla parte bassa della cavità dell'utero o dalla parto alta della sua cervice, raggiungente di rado un volume considerevole, ma variante di mese in mese e di solito scomparsa tutt'affatto a misura che l'ulcerazione progredisce, e che la sostanza uterina viene per tal progresso più e più estesamente distrutta. Oltre questi, che sono di solito fenomeni solo temporarii, vi sono distinti polipi maligni, riguardo ai

quali dirò qualche cosa ora, ma circa i quali al presente basterà dire potersi essi formare indipendentemente da malattia della bocca dell'utero, sebbene anche queste parti vengano quasi sempre interessate col progresso della produzione cancerosa.

Ora se dalla parenchima dell'utero e dal suo interno passiamo allo studio delle alterazioni che la malattia cancerosa produce sulla sua superficie esterna, troveremo occasione di rimarcare molti cambiamenti importanti, sebbene nessuno sia così sorprendente come quelli che già abbiamo osservati. Molte circostanze concorrono a produrre l'immobilità dell'utero entro la cavità pelvica, che si osserva in quasi ogni caso di carcinoma della specie midollare, eccetto ne' suoi primi stadii. In parte è prodotta da una forma cronica di peritonite, che è in generale, sebbene non sempre, limitata alle parti in immediata vicinanza della pelvi, e che salda l'utero al retto e alla vescica. Però questa non è la sola causa, ma l'infiltrazione di materia cancerosa tra l'utero e le parti adjacenti, o tra le pieghe del legamento largo, tendono a fissarlo nella pelvi, ed a ridurlo in una massa immobile colle parti a lui connesse. Questi depositi usualmente hanno luogo sulla superficie viscerale del peritoneo, e talora sono così estesi da essere l'occasione apparente di un grado di atrofia dell'utero stesso; io lo trovai una o due volte nel mezzo di abbondante deposito midollare, ridotto piccolissimo e retratto, ed avente la sua superficie esterna ruvida, come se parzialmente corrosa o distrutta dal tessuto morboso. Finchè questi depositi sono poco considerevoli, possono ancora vedersi in piccole chiazze sotto il peritoneo; ma col loro crescere anche il peritoneo ne è affetto, e alla fine non è discernibile nel mezzo di una larga massa di malattia cancerosa, che nasconde alla vista l'utero e le sue dipendenze. Nei casi, in cui questi depositi sono più abbondanti, non è raro trovare materia cancerosa ramollita entro la cavità pelvica o tra le duplicature dei legamenti larghi; mentre talora le intestina sono agglutinate assieme al di sopra dell'orlo pelvico in modo da formare la parete superiore di una cavità irregolare, tappezzata di materia cancerosa; talora infine si producono un vero ascesso fecale per l'estensione della malattia agli intestini e per la loro conseguente perforazione.

Più frequente della attuale distruzione del peritoneo per depositi di cancro sul suo interno, è il caso di piccolo masso numeroso della stessa sostanza sulla sua superficie esterna. Queste sono talora piane e sensili, come piccoli tubercoli sparsi su di esso; altre volte sono attaccate alla membrana sierosa per un piccolo e sottile peduncolo membranoso, simile a quello con cui le piccole escrescenze fibrose sono non di rado attaccate al fondo e alle parti adjacenti dell'utero. Due volte nel mezzo della sostanza cancerosa che involgeva l'utero trovai anche cisti sierose della grossezza d'una nocciola, contenenti siero trasparente di color pagliarino carico, a pareti sottili; la loro superficie esterna libera, l'interna connessa all'utero per interposizione di uno strato di sostanza cancerosa di grossezza variabile; in

un'occasione v'erano cinque cisti, e il materiale che le circondava, e che aveva agglutinate assieme le dipendenze uterine, era un misto di adipi e sostanza cancerosa; in un altro caso, v'era una sola cisti, ma dessa era pure avviluppata da assai abbondante deposito canceroso. Queste cisti non presentavano segni di sviluppo endogene nel loro interno, ma sembravano semplici cisti sierose, quali talora si formano sull'esterno dell'utero indipendentemente da ogni altra malattia. Sono perciò incerto in qual relazione stessero coi depositi cancerosi, se cioè vi fosse pura complicazione accidentale, o se il nesso tra le due forme fosse più intimo (*).

Si è già parlato delle aderenze tra le labbra dell'utero e le pareti vaginali, ed è abbastanza ovvio che quando questo ha luogo, è quasi sicuro che conseguità l'estensione della malattia alla sostanza della vagina. Merita osservazione però che la parete vaginale anteriore e la vescica sono interessate dai progressi del cancro uterino molto più di frequente di quello che lo siano la parete superiore e il retto. Si tentò di spiegare questo fatto coll'ipotesi che il cancro attaceca più spesso il labbro anteriore che il posteriore dell'utero; ma i fatti non convalidano tale asserzione, e inverso la mia esperienza mi condurrebbe piuttosto alla conclusione che il cancro è più spesso limitato al labbro posteriore, e che di certo la malattia del labbro posteriore è spesso più avanzata di quella dell'anteriore. L'intimo legame tra il collo dell'utero e la vescica, parti separate solo dall'intermezzo di una piega del fascia pelvico, mentre posteriormente il peritoneo discende perfino al disotto del livello del principio della porzione vaginale, spiega soddisfacentemente come l'infiltrazione di materia cancerosa nelle parti contigue sia più pronta col davanti che col di dietro del viscere (**).

Sebbene non sia strettamente questo il luogo, pure sarà forse conveniente aggiungere poche parole ancora circa l'affezione della vescica nel caso di cancro uterino. Non è raro, indipendentemente da ogni traccia di deposito canceroso nel viscere, di trovare la mucosa della vescica intensamente congesta o di un color rosso carico, talora infiammata, perfino ulcerata, con pus entro le sue rughe e tutte le membrane dell'organo ingrossate, dimostrando quanto stretta è la simpatia tra la vescica e l'utero; ciò che la disuria infatti, durante la vita della paziente, pur troppo annuncia costantemente. Non è costante il modo con cui la prima manifestazione anatomica di

(*) In tutti i casi di cisti sierose dell'utero descritte da Huguier nel suo bel saggio (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, vol. 1, cap. 2.º pag. 295-325, e tavole IV e V) le cisti erano sottoperitoneali. Quelle che io osservai nel due casi sopradescritti erano simili alle cisti diseguate da Boivin e Duges nelle tavole XIV e XXXIII, fig. I del loro atlante, ma di cui essi non danno particolare descrizione.

(**) Wagner (op. cit. pag. 49 e 60) dà le proporzioni di 28 per 100 dei primi, di 16 per 100 degli ultimi. I suoi dati però mostrano un fatto, cui non era apparecchiato cioè, la molto maggior frequenza della fistola retto-vaginale che vescicovaginale conseguentemente a malattia cancerosa. Sembra che mentre vi furono solo 28 casi di fistola vescicovaginale in 83 casi di malattia cancerosa della vescica, esisteva una comunicazione fistolosa colla vagina in 24 su 33 casi in cui il cancro interessava il retto.

malattia reale di vescica compare. Talora il male sembra procedere interamente dal di fuori al di dentro, e poi in un punto in cui la vescica e la vagina sono strettamente unite, la membrana mucosa di quel viscere può offrirlo un'apparenza leggermente flocconosa. Toccata la si ritrova rammollita; se vien compressa con uno specillo si disfa; il deposito canceroso ha gradualmente distrutto i tessuti intermedi, e pochi giorni di più basteranno a produrro un'apertura fistolosa. In altri casi la malattia attacca la vescica, ma in modo secondario e indipendente da pura propagazione ad essa per continuità di tessuto. Hanno luogo sotto la sua mucosa depositi di cancro sotto forma di piccoli tubercoli piatti e bianchicci; non limitati a quella parte, in cui l'utero o la vagina sono a contatto immediato, colla vescica sebbene ivi in generale molto più abbondanti che altrove. Questi tubercoli si allargano alquanto, quantunque non si riuniscano assieme, nè raggiungano un volume di qualche entità, ma distruggono la membrana mucosa, che li ricopre, mentre quella del resto del viscere è in generale infiammata, ispessita e talora anche ulcerata. Una volta formatasi la fistola, la vescica subisce tutti quei cangiamenti che accompagnano una fistola vescicovaginale comunque prodottasi, solo aggravata dai progressi costanti della malattia che produsse la fistola.

Ma per ritornare allo studio speciale del cancro dell'utero che devo ora occuparci, faccio osservare che sebbene la descrizione già data della malattia valga in gran parte per tutte le forme di cancro uterino, vi sono alcune varietà della malattia, in cui accadono deviazioni dal suo corso più comune. Fd data come regola generale che il cancro comincia nel collo dell'utero, e quest'asserzione subisce quasi così poche eccezioni come l'opposta asserzione riguardo la sede esclusiva dei tumori fibrosi nel corpo dell'organo. Però in 3 su 170 casi di cancro uterino la malattia occupava il corpo dell'organo, e fece il suo corso a fine letale senza la comparsa di ulcera alla bocca dell'utero o di qualche cangiamento nella sua condizione, tale che durante la vita potesse condurre a sospettare che fosse sede di malattia maligna, sebbene il suo parenchima si trovasse dopo morto infiltrato di deposito canceroso. In tutti questi casi l'ingrossamento dell'utero era assai considerevole; in uno misurava 12 centimetri di lunghezza, in un secondo 15, e nel terzo era quasi grosso come una testa di adulto. Quest'aumento di volume era dovuto in 2 dei casi al grande ispessimento delle pareti uterine da infiltrazione di deposito canceroso, che in uno aveva convertito tutto l'organo in una massa quasi uniforme di tessuto molle indistintamente fibroso, di colore sporco bianco-grigio inzuppato di siero torbido, assai molle, ma stracciandosi facilmente in direzione longitudinale, mentre non si scopriva traccia di membrana mucosa nè alcun avanzo di cavità uterina oltre un centimetro dall'orificio dell'utero, il quale era piccolo e circolare ed esternamente non presentava segno di malattia. Nell'altro caso, le pareti dell'utero erano pa-

rimenti ingrossate sebbene in grado minore, o la cavità non era oblitterata, ma una massa di cancro midollare molle del volume di una nocca ne protrudeva sporgendo un po' al di sopra dell'orificio interno dell'utero. All'esterno la labbra della bocca dell'utero erano sane, la loro superficie perfettamente piana di un colore rosso vivo. Questo carattere continuava fin dentro la cervice, ma là ad un tratto la membrana mucosa diventava ruvida, di colore rosso, con punti bianco-sporchi di deposito canceroso, che si vedeva dappertutto sotto di essa (*). Uno stato egualmente sano della bocca esisteva nel terzo caso, in cui l'utero misurava 12 centimetri di lunghezza: l'organo era in tal caso circondato da una massa di materia carcinomatosa in via di rammollimento, ma le sue pareti non erano infiltrate di deposito maligno. Il volume aumentato dell'utero infatti era dovuto all'espansione della sua cavità, nulla affatto all'ispessimento delle sue pareti; ma la loro superficie interna presentava un'apparenza assai rimarchevole, essendo dovunque tappezzata di piccole escrescenze verrucose, o irregolarità, tra le quali ve n'erano uno o due più larghe delle altre, ma anche questo non eccedenti il volume di un pisello. Queste granulazioni erano affatto sessili, e la superficie tutt'insieme presentavasi più simile a quella di una vescica ulcerata in modo cronico, che di una parte la quale sia sede di deposito morboso. Nel parenchima di queste granulazioni non si trovavano distinte cellule cancerose, ma al fondo dell'utero, dove le pareti erano in generale assai sottili, v'era un'apertura di comunicazione abbastanza larga da permettere al dito di passare tra la cavità dell'utero o la massa di carcinoma che lo circondava. Qui pure la parete uterina era rammollita e disintegrata, e sembrava infiltrata della stessa specie di materia.

Oltre questi casi, 2 altri sul totale di 170 presentavano una gran preponderanza di malattia nell'interno dell'utero, sebbene le labbra non fossero in condizione sana. Era evidente però in ambo i casi che il male era progredito dall'interno all'esterno, non col suo corso ordinario; ed io sono disposto a credere che il principio della malattia cancerosa nell'interno dell'utero, invece che al suo orificio o alla sostanza del suo collo, non sia così raro come generalmente si suppone.

Infine in riguardo a quei casi, in cui la bocca dell'utero sfugge al deposito canceroso o si ammala solo secondariamente, bisogna far qualche menzione di quei casi rari, in cui polipi di struttura maligna crescono dall'interno dell'utero indipendenti da progressa malattia del suo orificio. Si è già fatto rimarco alla frequente produzione di escrescenze polipoidi di struttura maligna durante il decorso del cancro generale uterino; ma queste produzioni sono per

(*) Una descrizione breve ma interessante di parecchi casi di questo genere è data dal dottor Simpson (*Obstetric Memoirs*, ecc. vol. 1, pag. 193) ed un racconto più o meno dettagliato di molti altri presi da differenti fonti si trova in Wagner (op. cit. pag. 122-133).

lo più di piccola mole, costituiscono solo una piccola parte della massa generale della malattia, e scompaiono col progredire del carcinoma. Di quando in quando però, ad un'epoca in cui le labbra della bocca sono ancora intatte, un'escrescenza di tessuto canceroso generalmente della specie midollare sorge dall'interno dell'utero e discende in vagina. Il punto di origine di tali polipi maligni è di solito al basso della cavità dell'utero o veramente nel canale della cervice, ma talora sorgono dal fondo. Un bell'esempio di questo è dato da Boivin e Dugès, ed un caso mi capitò d'osservare alcuni anni fa all'Ospitale Middlesex, in cui una donna venne a morire apparentemente di ascite. Una perdita vaginale abbondante e assai disgustosa attirò l'attenzione allo stato dell'utero, quando si scoprì in vagina un polipo assai più grosso di un pugno. Dopo la sua morte, oltre estesi depositi cancerosi in varii dei visceri addominali, le pareti dell'utero si trovarono ingrossate da deposito midollare e la sua cavità distesa dal polipo, il quale sorgeva da un peduncolo della grossezza di mezzo pugno dal fondo dell'utero. Il polipo era di tessitura assai molle e fornito di molta vascolarità. Un altro caso di polipo canceroso fu da me osservato: il tumore era di molto minor mole, e fin dove si potè verificare, proveniva dall'imbasso del corpo dell'utero. Sporgeva di poco in vagina, e le labbra della bocca uterina avevano aspetto sano sebbene vi fosse qualche grado d'ingrossamento e indurimento del labbro posteriore. Credo infatti che sebbene la formazione del polipo maligno possa precedere l'altra malattia dell'utero, pure il cancro si estende alle pareti uterine non molto dopo, e non è a mia cognizione che siansi mai trovati tumori maligni dell'utero in un utero sano.

Credo di aver trovato due volte il cancro *alveolare* dell'utero, ma in un caso solo ebbi l'opportunità di convalidare la mia opinione coll'esame dopo morte. In quel caso le labbra della bocca uterina erano quasi distrutte, ed uno strato di denso carcinoma midollare formava la base, da cui sorgevano numerose granulazioni verrucose, semi-trasparenti, occupanti tutto l'interno dell'utero e ripiene di una materia gelatinosa semi-trasparente piuttosto soda, quale è quella di cui Lebert (*), che sembra aver trovato questa condizione parecchie volte, parla come di caratteristica.

Il cancro *epiteliale* dell'utero si presenta sotto due forme; prendo il carattere o di un'escrescenza granulare delle labbra dell'utero, o di un'ulcera non trattabile della loro superficie. Nella sua forma più caratteristica la prima varietà è l'*escrescenza a cavolfiore* del dottor Jhon e del cavalier Carlo Clarke; ma più frequenti sono i casi in cui, sebbene essenzialmente, gli stessi presentano punti di differenza che li avvicinano al cancro midollare ordinario.

Nei suoi primi stadii il cancro epiteliale dell'utero (**) fu da me

(*) *Traité des Maladies Cancéreuses* 8.º, Parigi 1851, pag. 217.

(**) Ho conservato la denominazione di cancro a queste varietà di malattia dell'utero perchè non mi sento in grado di formarmi un'opinione indipendente riguardo a

osservato solo due volte, perchè i sintomi relativamente irrilevanti, a cui dà origine nei suoi primordii, di rado attirano l'attenzione delle pazienti. In uno dei casi, in cui ebbi l'opportunità di vedere la malattia dell'utero al suo principio, quella era secondaria all'affezione omonima della vagina, ma nell'altro la vagina era perfettamente sana. Nel primo caso v'era uno spazio, dell'ampiezza di una lira sulla superficie del labbro uterino posteriore, alquanto elevato sulla superficie circostante, di colore rosso-vivo, che dava sangue facilmente ed aveva una tessitura papillare così fina, che rassomigliava assai da vicino il velluto rosso. Nel secondo caso la malattia occupava la parte anteriore del labbro anteriore uterino, il cui margine esterno si sentiva aguzzato o rovesciato, e lo specolo scopriva su di esso una piccola chiazza di abrasione molle e vellutata al tatto e cosparsa di fine granulazioni sessili. In tutti gli altri casi, che vengo a mia cognizione, la malattia era molto più avanzata, la cervice dell'utero era già alquanto aumentata di volume, l'orificio uterino non aperto, ma le sue labbra appianate ed espanse, cosicchè i loro bordi, che si sentivano un poco laceri, sporgevano 2 o 4 millimetri oltre la circonferenza della cervice, mentre la loro superficie era ruvida e granulara al tatto. Introducendo lo specolo, questa irregolarità si vedeva prodotta dall'aggregazione di molte papille o granulazioni numerose, piccole, alquanto schiacciate, di color rossiccio, di aspetto semi-trasparente e spesso sanguinanti assai facilmente. Talora queste granulazioni per molti mesi poco o nulla crescono in volume o cambiano di carattere; in seguito sull'uno o l'altro labbro si forma un'ulcera con margini irregolari scavati, e se il caso si vede allora per la prima volta appena si sospetterebbe non fosse altro che un cancro uterino ordinario. Spesso però le piccole papille sessili crescono in volume e formano un'escrescenza distinta da tutta la circonferenza della bocca dell'utero, del volume di un'uovo, di un pomo od anche di maggior grandezza. Questi tumori sono divisi da profonde fessure in lobi di varia grossezza, i quali tutti però sembrano esser riuniti assieme alla loro base, sebbene le fenditure sieno così profonde o le loro direzioni così varie, che di rado è possibile il distinguere dalla bocca dell'utero istesso quando il tumore è di qualche volume. Le dimensioni di queste produzioni non sono in generale le stesse dappertutto, ma sorgono con un gambo o peduncolo breve e grosso dalla superficie della bocca uterina, dalla cervice allungata e ipertrofica, o poi si espandono al disotto in quella forma particolare simile a cavolfiore, d'onde derivò il loro nome. Perfino l'esplorazione la più diligente può causare in generale la rottura del tessuto del tumore, producendo con ciò l'emorragia. Ma se ad onta di ciò il dito viene spinto alla sua base si trova che il tessuto di-

ciò che è tuttora un punto contestato tra le più alte autorità; e perchè la tendenza generale delle malattie epiteliali e canceroidi dell'utero è di associarsi durante il loro progresso col cancro midollare; spesso infatti perdono completamente la loro fisionomia distintiva, confondendosi con quelle dell'ordinario carcinoma uterino.

venta molto più resistente e dotato allo stesso tempo di un grado di sensibilità che, sebbene poca, è molto maggiore di quella della parte sporgente del tumore. Talora l'escrescenza è limitata, almeno al suo principio, ad un labbro, e può raggiungere un volume considerevole prima che l'altro sia attaccato dalla malattia (*). È più probabile che ciò avvenga, se è affetto il labbro posteriore più che l'anteriore, e per l'evidente ragione meccanica che spiega perché ogni grosso tumore polipoido sia schiacciato alla sua faccia anteriore o scrooidale nella posteriore. Il cavo del sacro lascia, per lo sviluppo di ogni tumore, spazio maggiore di quello che venga lasciato dalla metà anteriore comparativamente schiacciata dalla cavità pelvica, limitata dai rami delle ossa del pube.

Quantunque la vagina non sfugga alla partecipazione del male, e una tessitura granulare o papillare possa sentirsi talora estesa nel fondo cieco e per qualche distanza lungo l'una o l'altra sua parete, pure ciò non è sempre costante; e finché la malattia ritiene i suoi caratteri originali ben marcati, la disposizione ad interessare le parti adjacenti è molto minore che nel cancro uterino ordinario. La tendenza però a passare a cancro midollare ordinario o ad associarvisi è assai forte, mentre si trova che lo stesso tumore subisce gli stessi processi di alternata morte parziale e di riproduzione parziale in altre forme di malattia maligna. Ordinariamente l'escrescenza col tempo scompare in parte, e il margine irregolare e affilato della bocca d'onde sorgeva si sente per la prima volta granulare e ineguale al di dentro, ma diventa poi grosso e nodulato, prendendo a gradi tutti i caratteri di una parte che fu fin dal principio la sede di cancro midollare, mentre le pareti dell'organo, come pure il suo interno, subiscono appunto gli stessi cambiamenti.

Tra questa malattia e le genuine escrescenze a cavolfiore le differenze sembrano più di grado, che di natura. Infatti su quest'ultime le cellule epiteliali che le compongono sono di forma cilindrica, ma le sue più ovvie particolarità consistono nel volume maggiore de' suoi vasi, nella maggior finezza delle loro pareti, e nell'essere dessi coperti da sottile rivestimento, non legati assieme in una massa relativamente solida da tessuto connettivo, ma « pendente a frangio come una massa di idatidi uterine (**) » mentre la base della sostanza del cancro, che nelle produzioni più solide si deposita assai di buon'ora, non si forma nell'escrescenza delicata e vascolare a cavolfiore fino ad una epoca più tarda, ed anche non si forma del tutto. Però la

(*) Del che vi ha un disegno assai caratteristico nell'*Atlante* di Boivin e Dugès, tavola XXIV, Fig. 1.

(**) Questo non disadatto paragone è fatto da Virchow nella sua descrizione della struttura microscopica di queste produzioni nel *Verhandl. der Phys. Med. Gesellschaft in Wurtzburg*, vol. I, pag. 110, che armonizza e completa le osservazioni anteriori. Molti bei disegni dell'apparenza generale di questi tumori sono dati da C. Clarke nel vol. II, tavola I della sua opera *On Diseases of Women*; dal dottor Simpson, a pag. 165 e 166 della sua opera *Obstetric Works*; e dal dottor Mayer nel vol. IV del *Verhandl. der Ges. f. Geburtsh.* in Berlino, che contiene pure un disegno dell'apparenza offerta sotto un potere d'ingrandimento mediocre.

loro struttura intima e i loro elementi microscopici sono affatto gli stessi, e consistono ambedue di papille ipertrofiche composte di cellule epiteliali, ben fornite nel loro interno di vasi grossi e delicati, e coperti da uno strato ingrossato di epitelio. I capillari enormemente tortuosi dell'escrecenza a cavolfiore spiegano le abbondanti emorragie e le copiose perdite sierose, che le accompagnano, mentre l'essenza di quella tessitura solida, che si trova in altre forme di cancro epiteliale, dà ragione dei risultati particolarmente favorevoli, che conseguirono la sua esportazione, ed anche del fatto che dopo la sua ablazione rimangono soltanto pochi lembi di ciò che sembrava essere un tumore grosso e solido.

Esiste una differenza d'opinione circa la vera natura di quelle *ulcerazioni intrattabili* della bocca e della cervice dell'utero, che, in accordo come io credo colla preponderanza di autorità sul soggetto, io riferii al carcinoma epiteliale, ma che da alcuni osservatori assai competenti si asseriscono essere tubercolose. Quando parlai dei tubercoli uterini ricordai numerosi piccoli depositi di colore gialliccio che si trovano talora sulla superficie della bocca uterina, e i quali se vengono punti, o se il loro contenuto esce spontaneamente, lasciano indietro talvolta piccole ulcere leggermente scavate. Però il loro carattere tubercoloso non mi sembrò determinato chiaramente, giacchè non osservai mai alcuna fusione generale dei depositi, e conseguente erosione del tessuto della cervice. Però Lisfranc (*) descrisse una condizione che non venne mai a mia notizia, ma che fu veduta e descritta da Robert (**) e Pichard (***) e altri, i quali riportano casi illustrativi del suo carattere, e che la riferiscono al fondersi di depositi tubercolari nella sostanza della cervice.

Queste ulcerazioni* tubercolari della cervice dell'utero, dice Robert (****), possono conoscersi per la loro base scavata, la loro grigia apparenza e la presenza di materia caseosa nel mezzo delle perdite muco-purulenti, che provengono dall'interno della cervice. Possono anche conoscersi dalla presenza entro la cervice di tumori di volume vario, di forma rotonda, dapprima soda e con nessun cangiamento di colore, poscia molli, bianchicci, cedevoli alla pressione delle dita e aventi un senso indistinto di fluttuazione. Questi tumori sono formati da materia tubercolare ancora allo stato erudo o in corso di fusione. Devesi inoltre osservare che queste ulcerazioni scrofolose sono quasi sempre accompagnate da ingorgo considerevole della cervice dell'utero, condizione dovuta o alla presenza di masse tubercolose ancor sode, a qualche infiltrazione tubercolare ancor resistente, o infine a quel processo infiammatorio che accompagna il rammolimento e l'eliminazione di questa specie di prodotto morboso. Quest'ultima

(*) *Clinique Chirurgicale*, ecc. vol. III, pag. 548-553.

(**) *Des affections, etc. du Col de l'Uterus*, 8.° Parigi, 1848.

(***) *Des Abus de la Cauterisation, etc. dans les Maladies de la Matrice*, 8.° Parigi 1846, pag. 121-132.

(****) *Op. cit.*, pag. 43.

circostanza può rendere oscura la diagnosi del caso, o far credere che gli ingorghi e le ulcerazioni sono di carattere maligno: errore, in cui Lisfranc confessa di essere caduto parecchie volte.

Queste apparenze però ricevono una differente interpretazione quando interviene il microscopio ad aiutarci nelle nostre ricerche. Si trova che la materia fusa non consiste degli elementi del tubercolo, ma di cellule epiteliali simili a quelle della mucosa dell'utero, mentre il tessuto calloso indurato, che forma la base dell'ulcera, è formato da una miscela di materiali fibro-plastici ed epidermici. In breve, come dice Robin (*), questa specie di ulcera è all'utero ciò che il lupo o l'ulcera cancroide è alla faccia; le principali differenze tra esse dipendono dall'esposizione costante dell'ultima all'aria, e il contatto costante della prima col muco e colle altre secrezioni della vagina.

Resta da notare un'altra affezione, la quale sebbene meno strettamente meritovole di essere messa in linea col cancro, di quel che lo furono quelle varietà di malattie maligne che abbiamo studiato ora, pure trovano qui il loro posto più adatto. Il fu dott. Giovanni Clarke è il primo scrittore che descrive sotto il nome di *ulcera corrosiva* una forma particolare di ulcerazione distruttiva dell'orificio e della cervico dell'utero, principiante dalla membrana mucosa che lo copre e interessante tutta la circonferenza della bocca, e distruggente totalmente tanto densa come le parti sottostanti, ma diversa dal carcinoma per la mancanza di ingrossamento, durezza o deposito di nuova materia in sua vicinanza. Per non fermarmi su certe differenze tra i suoi sintomi e quelli del carcinoma ulcerato, il fatto che l'ulcera corrosiva può durare per parecchi anni senza produrre nessun sintomo allarmante, mentre la morte avviene rapida ed inevitabile nel cancro ulcerato, indica qualche differenza essenziale tra le due malattie.

La sua vera natura diede origine a molta differenza d'opinione, e la rarità dell'affezione fu un grande ostacolo al completo concetto della sua natura. Non v'ha dubbio però che deve classificarsi tra le ulcere corrosive, come infatti la fu da tutti i moderni micrografi, perchè come esso il suo aspetto, ragione e modo di progresso sono dissimili da quelli del cancro, mentre le cellule cancerose e le formazioni epiteliali si presentano nei tessuti adiacenti (**).

Rimano da notare un punto solo connesso coll'anatomia patologica del cancro uterino, e questo riguarda la frequenza, con cui vengono interessati altri organi nel corso della malattia. Dubito infatti ben pochi essere i casi, in cui il cancro non si sia esteso prima della morte della paziente per continuità di tessuto dall'utero alle parti adiacenti. Così per esempio è di certo assai raro, che una pa-

(*) La testimonianza conforme di Robin, *Archives des Medecine*, Agosto 1848, pag. 407-411, di Lebert, *Maladies Canceruses*, pag. 218, e di Hanover, *Das Epithelioma*, 8.^o Lipsia 1852, pag. 126, possono aversi per decisive su questo punto. E, io credo, assai dubbio, se il caso del dott. Gibbs di asserita estesa ulcerazione tubercolare dell'utero e vescica descritta a pag. 260 del vol. VI delle *Transactions of the Pathological Society* non debba piuttosto riferirsi a questa categoria.

(**) Hanover, op. cit. pag. 128.

zientio muoja di canero uterino, in cui non esista un grado di infiltrazione cancerosa della parte alta della vagina; e, come vedremo in appresso, la frequenza di ciò anche ad un periodo relativamente primitivo del canero midollare, è una delle circostanze che più di tutte intralcia la riescita di processi operativi per la sua cura, e che più spesso controindica qualunque tentativo di esecuzione. Però sembra esservi ragione per credere, che il carcinoma dell' utero è più spesso al suo principiare limitato da una parte, e che continua così per un periodo più lungo di quanto lo faccia il canero situato in ogni altro organo del corpo, sebbene, sotto nessuno di questi rapporti, presenti le sensibili differenze del canero delle altre parti, come si credeva altre volte, o in cui si crederebbe ancor volentieri. Lebert (*) dice che la prova dell'infezione generale del sistema, manifestata da deposizioni secondarie in altri organi, esiste solo in $\frac{1}{5}$ su 45 casi di canero uterino, ma in 24 su 34, ossia in 5.7 del numero dei casi di canero della mammella. Questi risultati però sono più favorevoli di quelli che il fu professore Kiwisch dedusse da 73 necroscopie di canero uterino fatte nell'Ospitale di Praga. Egli trovò il canero della vescica in 42 per cento de' suoi casi; Lebert (**) solo in 13 per cento; degli ovarii in 19, e dei polmoni in 7.5 per cento; mentre Lebert trovò ciascuno di essi solo nella proporzione di 4.4, per cento. Questo discrepanze, che non so spiegare per osservazione mia personale, sono ancor dovute probabilmente all'essere avvenute le differenti forme di canero in diverse proporzioni a Parigi e a Praga; forse alla maggiore frequenza del canero epiteliale nella prima città e del canero midollare nell'ultima. In ogni futura tavola statistica della frequenza dell'infezione cancerosa del sistema sarà necessario riportare i casi delle diverse categorie secondo il carattere della malattia primitiva. Nel frattempo la cognizione del fatto, che tale infezione del sistema accade forse meno invariabilmente, probabilmente meno presto nel canero dell'utero che in altre forme della malattia, può servire a gettare un debole raggio di speranza sul triste quadro che dobbiamo ora contemplare sotto altri punti di vista (***)).

(*) Op. cit. pag. 239, 310, 394.

(**) Op. cit. vol. I, pag. 511.

(***) Da un confronto del canero uterino col canero dello stomaco, Wagner (op. cit. pag. 100), viene alla conclusione, ed io temo assai sia la vera conclusione, che riguardo alla propagazione della malattia dalla sua sede originale, e alla comparsa di depositi secondarii, il canero uterino non occupa la posizione eccezionale, che si credeva altre volte, ma presenta gran somiglianza col canero degli altri organi cavi, composti principalmente di fibra organica muscolare, come l'esofago, lo stomaco e le intestina.

LEZIONE XX

MALATTIE MALIGNE O CANCEROSE DELL' UTERO

Loro frequenza; cause influenzanti l'origine del cancro — come l'età, lo stato della funzione mestruale, suo modo di stabilirsi, gravidanze; ragione dell'influenza del figliare; tendenza ereditaria.

Sintomi del cancro; modo d' invasione e sintomo primo. — Dolore, suo carattere e cause. — Emorragia; suo significato; frequente come primo sintomo, e perché. —

Perdite; cause del loro carattere disgustoso e delle variazioni in questo riguardo. Cachessia cancerosa; suoi caratteri.

Due forme eccezionali di cancro, la latente e l'acuta.

Influenza del cancro sul travaglio.

Diagnosi del cancro uterino.

Durata della malattia.

Una delle ragioni, che al principio dell'ultima lezione addussi per occupare molto del vostro tempo collo studio del carcinoma dell'utero, fu la frequenza del suo verificarsi. Infatti le nostre tavole da mortalità, al presente non ci rendono capaci di sapere con completa accuratezza quanto spesso lo si riscontra, ma forniscono dati coi quali non è difficile giungere con discreta approssimazione alla verità. Risulta dal 17.^o rapporto del registro generale (a pag. 124) che la mortalità per cancro in Inghilterra nell'anno 1851 ammontò a 1754 maschi e 4072 femmine. Questo eccesso di mortalità femminile per cancro può con confidenza essere attribuito a cancro della mammella o dell'utero. Secondo le tavole di Tanchou (*) però, dedotte dai registri mortuarii di Parigi, il cancro dell'utero fu più frequente del cancro della mammella nella proporzione di 2996 a 1147, ossia come 2.6 a 1. Però nè questa dichiarazione, nè l'asserzione sua che il cancro uterino fu la causa di 1.6 per cento di tutte le morti di donne durante

(*) *Recherches sur le Traitement Médical des Tumeurs Cancéreuses du Sein*, 8.^o, 1841, pag. 258.

il periodo decennale, al quale si riferiscono i suoi calcoli, ponno aversi come assolutamente esatti, sebbene sia mia opinione che nè l'uno nè l'altro si scosti molto dalla verità. La frequenza assoluta del cancro uterino, sebbene non sia esatta la proporzione che ha con altre malattie fatali del sesso femminile, riceve un'altra illustrazione dal fatto, che su 5122 sezioni cadaveriche di ambo i sessi negli ospitali di Praga, Vienna e Lipsia ve ne furono 441 di cancro, di cui 113 erano cancro dell'utero (*) (85).

(*) Wagner, op. cit. pag. 2.

(85) La frequenza colla quale il cancro uterino si presenta anche nelle malate del grande Ospitale di Milano, ha colpito con sorpresa la mia osservazione, la quale nel corso di parecchi anni si riflette per inclinazione e per benovola deferenza dei miei colleghi, sulle forme speciali femminili occorrenti nei diversi comparti.

E fu appunto sotto tale impressione che scrutai le statistiche, redatte con tanta diligenza dall'egregio professore Andrea Verga, già Direttore del nostro Ospitale Maggiore (Rendiconto della Beneficenza dell'Ospitale Maggiore e degli Annessi Pii Istituti in Milano per gli anni 1858-59-60-61-62-63 — Tipografia Francesco Manini 1862 e 1865), allo scopo di avere una cifra indicante la proporzione, colla quale il cancro uterino si è mostrato in quell'ospizio. Per far ciò, ho dovuto rilevare dai registri generali dell'Ufficio di Accettazione, 1.º la cifra assoluta delle malate di medicina comune (dedotte le specialità oculistica, dermatologia, e siliatrica) accettate in quei 6 anni: cifra che risultò di 37, 474. 2.º la cifra proporzionale delle donne che hanno un'età superiore ai 25 anni (età in cui secondo gli autori si comincia in genere a verificare il cancro uterino); da quel penoso spoglio, fatto su 3000 malate, la proporzione apparì del 76 per cento.

Con questi due dati ho potuto avere il numero assoluto delle malate che nei comparti di medicina comune avevano un'età possibile per la produzione del cancro uterino; numero rappresentato dalla cifra 28,48).

Esaminando poi i resoconti del dott. Verga, e trovandovi un totale di 211 canceri uterini diagnosticati nei predetti 6 anni ho potuto inferire che fra quelle 28,480 donne, d'età superiore ai 25 anni, si ebbe 1 cancro uterino su 135, ossia 0. 74 per cento.

Che se tali cifre parlano già di per sè stesse assai evidentemente in favore della frequenza del metro-carcinoma, ancor più grande apparirà d'essa, quando si tenga calcolo di altre considerazioni, le quali risaltano all'occhio di chi ha l'abitudine di un ospedale e di chi in questo si è fatta la cognizione speciale a propria spesa e fatica.

Dalle tabelle nosologiche appaiono registrate 171 metrorragie, delle quali io ho ragione di ritenere che una parte fosse fenomeno di cancro uterino, non di altro disturbo funzionale nè di altra condizione morbosa; al qual sospetto sono condotto per più motivi. La necessità di inscrivere in giornata il carattere nosologico della malattia sulla tabella che sta a capo del letto e sul registro di sala, il non poter praticare al primo giorno d'ingresso l'esplorazione uterina, sia per mancanza di tempo o di opportunità, sia per un primo rifiuto della malata, e l'aver ritardata per tali ragioni la giusta diagnosi, fecero sì che spesso corressero errori sulle tavole nosologiche mensili,

Ho già fatto osservare più d'una volta le circostanze che rendono le statistiche di un grande ospedale inconcludenti come prova della frequenza relativa di diverse malattie. Le sofferenze che accompagnano in generale il cancro in taluno de' suoi stadii, e la natura costosa dei rimedii con cui queste molestie sono meglio ammansate, inducono un gran numero di pazienti afflitte da tal malattia a cercare ristoro ad un ricco istituto come l'ospedale S. Bartolomeo: ed io non dubito che la mia esperienza colà mi condurrebbe, senza tener conto di queste cause, a supporre che il cancro dell'utero è persino più comune di quello che attualmente si crede (*). Ma sebbene sia così, la malattia rimane la più frequente e la più terribile fra tutte le malattie organiche dell'utero.

Arriviamo ad un tratto su terreno più sicuro se dal cercare di determinare la sua esatta frequenza, passiamo alla ricerca delle circostanze che favoriscono il suo sviluppo; l'influenza cioè dell'età del matrimonio, del figliare, ecc. sulla sua produzione.

Il dottor Walshe (**) il cui lavoro erudito sul cancro continuerà ad essere sempre, su molti punti, la migliore autorità intorno al soggetto di cui si tratta, fu il primo a mostrare che v'è un aumento progressivo nella frequenza del cancro coll'avanzare dell'età. Appena è necessario dire che la frequenza di qualunque malattia nelle diverse età può essere valutata giustamente solo da un confronto del numero dei casi in cui si manifesta colla popolazione totale alla stessa età; sebbene dalla trascuranza di questa ovvia condizione si siano dedotte talora conclusioni erronee riguardo a questa o ad altre simili quistioni.

Prendendo però la popolazione dell'Inghilterra a periodi decennali sembra, e le ricerche di Paget conducono allo stesso risultato, che ad ogni dieci anni oltre i 20, la disposizione al cancro cresce continuamente. Fatto questo di grande interesse, perchè dimostra come

(*) Il dottor Lever (*On diseases of the Uterus*, 8.^o Londra 1843, pag. 165) dice che tra le pazienti dell'ambulanza dell'Ospitale Guy la proporzione dei casi di cancro uterino colle altre malattie d'utero fu quasi come 1 a 7, ossia 13,5 per cento. A quello di S. Bartolomeo io trovai la proporzione essere di 1 in 18,2, ossia 3,4 per cento; cifre che io ricordo solo come dimostranti quanto poco sicuro sarebbe tirare qualche conseguenza quanto alla relativa frequenza di quella, o anche di qualunque altra malattia, da tali dati, quali ci vengono forniti dai libri dell'ambulanza di un ospedale.

(**) Op. cit. pag. 140.

e più di un cancro uterino vi comparisse fra le metrorragie. Io fui testimone più volte di questo fatto, quando chiamato a compiere l'esame uterino, confermava il sospetto del medico curante più tardi e dopo che già la forma morbosa era stata caratterizzata col nome generico di metrorragia. La cifra adunque dei cancri uterini, riferita in addietro quale co la danno i resoconti statistici, per le ragioni laterali esposte in seguito, deve apparire maggiore, e accrescerne la proporzione in confronto colla cifra totale delle altre malattie in genere, mostrando una frequenza veramente deplorabile di tale neoformazione.

De-Castroforis.

una malattia da guasto costituzionale diviene più e più comune coll'indebolirsi della forza di nutrizione, e raggiunge la sua maggior frequenza quando i processi chimici e organici della natura hanno quasi raggiunto la loro fine, e quando è pressochè spenta la forza di scambiare i rozzi materiali nei tessuti molto organizzati e meravigliosamente complessi del corpo. Ma non è meno interessante il trovare che quando una parte sopravvive alle sue funzioni comincia spesso a deteriorare, e che la maggior frequenza del cancro delle mammelle e dell'utero non è regolato dalla stessa legge che prevale nelle malattie di altre parti, ma accade molto prima che siasi raggiunto l'ordinario periodo della vita umana.

« L'età della più frequente comparsa del cancro scirroso della mammella, dice Paget (*) è tra 45 e 50 anni. Tutti i registri, io credo concordano in questo. Si vide la malattia prima della pubertà, ma è assai rara ad un'età ad disotto dei 25 anni: dopo quest'età cresce fino ai 45 e 50, e poi diminuisce di frequenza; ma a nessuna età più avanzata diventa così poco frequente come lo è prima dei 20 anni. »

Egli correda inoltre questa dichiarazione non solo col numero assoluto dei casi che egli raccolse, ma parimenti coi raffronti della popolazione a differenti età.

Lo stesso fatto si verifica pure riguardo al cancro dell'utero come si vede dalla qui sottoposta tabella delle età delle pazienti in 595 casi (**) raccolti da varie parti.

	Numero attuale.
Tra 25 e 30 anni	39
„ 30 „ 40 „	166
„ 40 „ 50 „	242
„ 50 „ 60 „	95
„ 60 „ 70 „	48
Al di sopra di 70 anni	5
	595

Sebbene il periodo della vita della donna eserciti un'influenza così grande nel predisporre al cancro dell'utero, pure non appare però che la cessazione dei mestruj abbia una parte importante nel richiamare in attività tale predisposizione. In sei su 18 dei casi di Lebert (***), in cui era già cessata la mestruazione, il principio della malattia fu stabilito coincidere colla cessazione dei mestruj. Però la stessa coincidenza si osservò solo in tre su 39 delle mie pazienti,

(*) Op. cit. vol. II, p. 324.

(**) Di questi casi, 170 sono presi dalle mie annotazioni, gli altri sono raccolti da Lebert, da Kiwisch, da Scauzoni, da Chiari, e dal Registro sulla statistica del cancro all'Ospitalo di Middlesex redatto dal dottor Sibley (*Medico-Chirurgical Transactions*, vol. XIII). Io non vi inchiodo appositamente il prospetto dato dalla sig. Boivin e così spesso citato (op. cit. vol. II, pag. 9), perchè fatto in un'epoca in cui non di rado si confondevano col cancro altre malattie, e perchè è abbastanza provato essere vizioso nei suoi fatti.

(***) Op. cit. pag. 275.

in cui la mestruazione era già cessata. In due anche di queste, i sintomi si disse che esistessero da 8 a 10 anni rispettivamente, cosicchè tutto ciò che può ragionevolmente asserirsi a loro riguardo si è, che indizi di malattia uterina avevano persistito fin dalla crisi mestruale, e che alla fine si sviluppò la malattia cancerosa. In un caso il primo sintomo di cancro comparve entro 5 mesi, in un altro entro 8 mesi, in tre in 1 anno, in due in 3 anni, e nelle trenta restanti a periodi variati fra 3 e mezzo e 29 anni dalla cessazione dei mestrui.

La condizione antecedente della funzione uterina della paziente, per quanto riguarda la presenza, o mancanza di disordine mestruale o di previa malattia d'utero, non è senza interesse pel risultato negativo che fornisce, e per la prova così somministrata, se mancasse prova ulteriore del fatto, che non esiste rapporto alcuno tra le affezioni infiammatorie dell'utero e la susseguente comparsa del cancro dell'organo.

In 157 su 170 casi il modo con cui eseguiasi di solito la funzione mestrua fu oggetto di speciale ricerca. In 131 casi si eseguiva naturalmente sotto tutti i rapporti dall'epoca del suo completo stabilirsi fino al principio della malattia. In 26 casi era o abitualmente o di frequente non naturale sotto qualche aspetto, cioè:

In 1 scarsa	In 4 ritardante
" 10 dolorosa	" 4 irregolare
" 2 profusa	" 4 anticipante
" 4 profusa e penosa	

Se si fa indagine riguardo al primo stabilirsi della mestruazione, troveremo altrettanto poco che valga ad indicare un nesso speciale tra il difficile stabilirsi della funzione mestrua e il successivo sviluppo del cancro. In 117 su 146 casi la mestruazione si avviò senza alcun sintomo strano, mentre in 29 casi la sua prima comparsa fu accompagnata da maggiore o minore sofferimento locale o costituzionale. Queste cifre danno una proporzione di quasi esattamente 20 per cento di casi sfavorevoli, mentre la media, che ebbi da tutte le pazienti, le quali vennero da me all'ospedale S. Bartolomeo per mali uterini, fu di 25.7 per cento di casi sfavorevoli; e Whitehead di Manchester arriva a 22.30 per cento come proporzione di casi sfavorevoli su 4000 donne che non soffrivano di alcun disordine speciale del loro sistema sessuale.

Ma sebbene sembra che in questi casi nè il primo stabilirsi della mestruazione, nè il modo del suo esercizio ordinario presenti alcuna deviazione sensibile della salute si può puro supporre che troveremo indizi di pregresso disordine uterino (e, come suppongono alcuni, di infiammazione uterina) dietro il quale si sviluppò di poi la malattia cancerosa. Il fatto però sembra essere in opposizione diretta a tale supposizione, perchè nella storia di 5 soli sul totale di 170

casi v'è qualche ricordo di serio disordine uterino previo al cominciamento del canero. Una paziente ebbe estirpato un polipo 10 anni prima, due dichiararono di aver sofferto dopo il loro ultimo parto, in un caso 10 anni prima e 3 nell'altro, di sintomi di affezione uterina; in una i sintomi si svilupparono gradualmente in seguito a quelli di infiammazione uterina, e nella quinta in seguito a quelli di ascesso pelvico nel corso di due anni.

Sebbene si sieno addotte ampie prove in contrario già da tempo, troviamo talora affermato che donne nubili o quelle che non ebbero figli sono più soggette al canero. La verità sembra essere l'opposto di questa asserzione, perchè su 165 casi di canero uterino ve ne furono solo 3 in cui le pazienti erano nubili e solo 13 in cui furono sterili. In altri termini v'era un solo matrimonio sterile su ogni 13 delle pazienti di canero, mentre la media generale tra le mie pazienti all'ospedale S. Bartolomeo fu di 1 matrimonio sterile ogni 8.5. Nè qui è tutto; ma se più oltre portiamo la ricerca, in modo più sensibile risulta che non la sterilità, ma piuttosto la troppo fecondità predispone al canero uterino.

Come già si disse, solo 13 su 165 donne maritate affette da canero erano sterili, 2 si disse avessero avuto figli, ma non ne è detto il numero, mentre le restanti 150 erano state incinte 1046 volte, 189 gravidanze terminando prematuramente 857 a termine. O per dire lo stesso fatto in modo alquanto differente, vi fu una media di 6.8 gravidanze per ogni matrimonio fecondo, ossia 5.6 figli a termine e 1.2 aborti, mentre il numero dei figli per matrimonio in questo paese in generale è valutato a 4.2 (*).

Alcuni di questi punti saranno ancor meglio illustrati dalla qui unita tavola.

(*) È quasi superfluo l'addurre prove ulteriori di questo fatto. Così Sibley (*Report on the Statistics of Cancer*) dà una media di 11 per cento sterili e 5.2 figli per ogni matrimonio fecondo. Le cifre di Scanzoni (Op. cit. pag. 284) danno il singolare risultato di 7 figli per ogni matrimonio fecondo, ma allo stesso tempo 36 matrimoni sterili su 108.

Numero delle donne	Gravidanze per ciascuna	Numero delle donne	Figli per ciascuna	Numero delle donne	Aborti per ciascuna
13	1	15	1	32	1
15	2	16	2	22	2
11	3	18	3	11	3
7	4	11	4	6	4
11	5	17	5	6	5
17	6	14	6	1	6
14	7	16	7	1	7
10	8	11	8	1	8
10	9	9	9	1	11
9	10	8	10		
11	11	3	11		
6	12	3	12		
7	13	2	13		
2	14	2	14		
2	15	1	15		
1	17	1	17		
1	18		18		
1	19				
1	20				
1	24				
150		148		80	

La tavola si spiega tanto abbastanza da sè stessa, da rendere superfluo ogni commento. Un sol fatto merita rimarco, cioè che vi furono solo 2 donne sul totale di 150, la cui gravidanza riuscì puramente abortiva.

In 18 dei 150 casi, i cui particolari vengono dati nello specchio seguente, il termine della gravidanza della paziente accadde entro un periodo abbastanza breve dal cominciamento dei sintomi di cancro in modo da autorizzare il sospetto che in alcune di esse per lo meno, i cangiamenti dello stato puerperale ebbero una parte a richiamare ad attività la malattia.

Numero delle gravidanze	Numero dei figli	Numero degli aborti	Terminazione dell'ultima gestazione	Data dei sintomi di cancro
3	3	—	Figlio vivo	10 mesi
7	6	1	"	6 "
12	12	—	"	6 "
10	5	5	"	4 "
4	3	1	"	immediatamente
10	7	3	"	"
9	9	1	"	"
2	1	1	"	"
6	2	4	"	"
7	5	2	"	"
3	2	1	"	"
11	10	1	Aborto a 4 mesi	1 mese
7	6	1	" 5 "	immediatamente
7	4	3	" 2 $\frac{1}{2}$ "	"
6	4	2	" 3 "	"
13	9	4	" 4 "	"
10	7	3	" a periodo non indicato	"
17	1	4	" "	"

Tutte queste malate furono viste da me entro 15 mesi, il più di esse entro 6 mesi dalla data dell'aborto o del parto. Quando si avverò che i sintomi, come accadde in 13 casi, sopravvennero immediatamente, si vuol dire che non vi fu intervallo di salute tra il parto o l'aborto della paziente da un lato e la comparsa dell'emorragia o di qualche sintomo ben marcato di canero, tale che continuò in ciascun caso a caratterizzarlo consecutivamente, e che si riscontrò nel più dei casi al tempo, in cui la paziente venne in mia cura.

Credo che la riflessione di pochi momenti toglierà qualunque senso di sorpresa ai risultati offerti da queste tavole. Colla vecchiaia la nutrizione si fa imperfetta e perversita, e con essa in generale cresce di frequenza il canero nel corpo umano. Tale decrepitezza e tale imperfetta nutrizione avvengono più presto nell'utero che negli altri organi, e il canero si sviluppa colà proporzionatamente più presto. Con ogni successiva gravidanza lo sviluppo dell'utero si compie meno perfettamente, e la debolo azione uterina delle multipare, la frequenza relativa d'emorragia dopo il parto ed anche di rottura d'utero, maggiore nelle donne che ebbero parecchi figli che in quelle le quali sono in travaglio per la prima volta, non sono che altrettante diverse illustrazioni dello stesso fatto. Questa malattia di nutrizione perversita e imperfetta è più frequente non già nella donna la quale non concepì mai, ma in colei, il cui utero subì più spesso tutti i cangiamenti indotti dallo stato puerperale, cioè la degenerazione grassosa delle sue fibre, lo smaltirsi del suo tessuto, il disturbo più profondo della sua nutrizione. Nè è tal fatto senza significato come illustrativo della stessa legge, che in 10 su 110 donne viventi in matrimonio fertile, in cui comparve il canero dell'utero prima del 50.^o anno d'età (o in altri termini prima che fosse passato il periodo del vigore sessuale, proprio al momento in cui i mutamenti importanti dello stato puerperale erano in progresso) il vero momento in cui la nutrizione dell'utero era più disordinata, fosse lo stato da cui questa malattia, così insidiosa e così fatale, si era, per così dire, sviluppata.

Rimane da notare ancora un altro punto riguardo alla produzione del canero, cioè l'influenza di una predisposizione ereditaria nel favorirne lo sviluppo. Nel caso di canero in generale, l'influenza di labe gentilizia fu assicurata essere veramente reale; nè sembra che sia minore nel caso di canero dell'utero, sebbene il numero delle osservazioni attinenti al soggetto sia forse troppo scarso per autorizzare un'opinione positiva. Di 160 casi di canero di tutte le parti raccolte da Paget (*) 26, ossia 1 in 61, offrivano l'anamnesi di labe cancerosa ereditaria; e lo stesso fatto fu accertato riguardo a 14 in 102, ossia 1 in 72 dei casi riportati da Lebert (**), questi trovò prova di tendenza ereditaria al canero in 2 su 13 casi di canero dell'utero (**); ed esisteva pure in 8 su 49 casi, o in 1 su 61,

(*) Op. cit. vol. II, pag. 538.

(**) Op. cit. pag. 134.

(***) *Ibid.* pag. 273.

in cui feci ricerca di ciò. In 1 degli 8 casi il padre della paziente era morto di cancro della gola: in 2 la madre; in 4 la sorella era morta di cancro dell'utero, ed in 1 la sorella era morta di cancro alla mammella.

Vi sono tre *sintomi* del cancro dell'utero così invariabili nella loro produzione, che il novizio non mancherebbe di notarli, e l'uomo della più grande esperienza li enumererebbe come suoi grandi caratteristici. Dolore, emorragia, e perdita vaginale spesso coesistono negli stadii avanzati della malattia, e l'uno o l'altro di essi si presenta sul suo principio o 'ci somministra almeno il primo indizio della sua presenza. Però l'errore una volta comune che confondeva sotto il nome di scirro una varietà di mali uterini che non avevano rapporto reale qualunque con malattia maligna, condusse a sbagli egualmente seri sulla portata di questi sintomi. Si suppose che l'emorragia fosse il segno infallibile dell'avvenuta ulcerazione, mentre il dolore, il disordine costituzionale e parecchie forme di disturbo funzionale tanto dell'utero che dei visceri adiacenti, si eredettero caratterizzare il primo stadio, così detto scirroso della malattia.

In 166 casi il primo sintomo di cancro fu dalla malata indicato che fosse:

In 30 casi, ossia in 18.0 per cento,	dolore di vario genere e di grado vario d'intensità.
" 77 " 46.3 "	emorragia generalmente profusa senza dolori.
" 23 " 13.8 "	emorragia accompagnata con dolore.
" 15 " 9.0 "	dolore e leucorrea, o perdita sierosa talora disgustosa.
" 21 " 12.6 "	leucorrea o altra perdita senza dolori.

Ciascuno di questi sintomi merita un'esame più attento, e per primo vuolsi riguardo al dolore.

Tanto al cominciamento come durante l'intero decorso della malattia, il dolore cambia molto di situazione, di carattere e di intensità; o v'è una specie di dolore che può ritenersi peculiare al cancro uterino in ogni stadio del suo progresso. Sotto il nome di dolore inoltre devono annoverarsi varie sensazioni moleste che si provano durante la defecazione e il mangiare, che risulta talora senza dubbio dall'avere la malattia di buon ora attaccata la vescica o l'intestino, ma che più spesso è conseguenza dello stato di congestione dei vasi pelvici o di quella simpatia tra l'utero e gli altri visceri della pelvi, di cui nel corso di tutti i mali uterini si trovano tanti esempi. In regola generale il dolore dei primi stadii del cancro non è forte,

non si riporta sempre all'utero, ma è più spesso indicato come dolore ai lombi, affaticante più per l'insistenza sua che per la gravità. A questo si associa in qualche caso dolore all'ipogastrio, di solito dello stesso carattere ottuso; ma il dolore ipogastrico solo e non accompagnato da dolori al dorso è decisamente non comune. Il dolore lancinante, riferito nettamente all'utero non è comune nei primi stadii del cancro, nè il viscere è in generale sensibile al tatto; in non pochi casi perfino l'atto sessuale non sembra essere accompagnato da alcuna speciale sofferenza. Come nelle altre forme di malattia uterina, il dolore è talora riferito all'una o all'altra regione iliaca, e, come il dolore ovarico in genere, si rimarca per tendenza ad esacerbazioni o parossismo. In quei casi, in cui la malattia comincia colla menorragia, la perdita eccessiva di sangue è spesso associata a molto dolore; ma, come risulta dalla tavola, la maggioranza dei casi di emorragia nei primordii del cancro è caratterizzata da mancanza di dolore; mentre la cessazione di previa emorragia profusa si accompagna spesso col principio di dolori, dei quali prima la paziente era libera (86).

Col progresso della malattia cancerosa, il dolore in generale cresce molto d'intensità, sebbene non vi sia regola invariabile che determina il quanto o la sede del principale sofferimento; mentre nel gran numero dei casi, il dolore il più acuto, si prova molto tempo prima della morte della malata: gli ultimi mesi di vita, quando

(86) Trovare un nesso fra l'emorragia e il dolore è assai difficile, giacchè ogni caso presenta, nell'andamento e nell'associazione dei fenomeni, una varietà grande che parmi risulti chiara dalla stessa diligentissima esposizione che l'Autore fa dell'argomento. Epperò non è improbabile che la congestione, precedente la rottura dei vasi e l'emorragia, abbia parte nel produrre dolore, a motivo della compressione che soffrono i nervi decorrenti nel tessuto uterino. Ne sarebbe conferma il cessare del patimento in seguito all'emorragia, al cessare cioè della stasi sanguigna.

È però così raramente evidente questo nesso, e d'altra parte è così frequentissimo compagno il dolore alla forma cancerosa, non solo dell'utero, ma anche del fegato, del rene e dello stomaco, che a ben altra ragione deggiva riferito. Ed io credo non cadere in errore attribuendolo alla compressione che soffrono i nervi, non già per la congestione vascolare, ma per la moltiplicazione e per l'ingrandimento degli elementi istologici, per la iperplasia del connettivo, e per la stessa fisica condizione di durezza che ha questa neoformazione. Due prove cito a sostegno di questa idea: la prima, che quando il rammollimento e la dissoluzione del tessuto canceroso hanno raggiunto un grado elevato, cessano ordinariamente le sofferenze, e la malata termina gli ultimi mesi di vita ben meno dolorosamente di quelli, in cui il cancro era in progresso di sviluppo: la seconda, che nel cancro midollare e nel cancroide (cavolfiore), in cui vi ha grande vascularizzazione e grande tendenza a decomposizione rapida, il dolore è compagno assai meno crudele e meno insistente che non lo sia nel carcinoma fibroso (scirro).

DE-CHRISTOFORIS.

tutti i segni della caecchessia cancerosa sono più marcati, e le forze vanno giornalmente declinando, fortunatamente in generale non sono angosciati da intensità di tormenti, quali si risentivano prima. Però sono molte le cause che contribuiscono fino ad un certo punto ad aumentare le sofferenze della malata a misura che la malattia progredisce, mentre tutte le cause di molestia continuano. Il dolore riportato all'utero sopraggiunge spesso allora al dolore primo del dorso e del ventre; e questo dolore, sebbene costante, ha le sue esacerbazioni, in cui diventa quasi insopportabile, viene descritto talora come un dolore bruciante, talora come di fitta; mentre, quando è più intenso, è un'orribile angoscia, che non può paragonarsi ad alcun altro dolore, di cui la parola è impotente a darne idea. La notte in genere anmenta le sofferenze, ma gli insulti dei più acuti dolori sono incerti nei loro ritorni, e sombrano invadere senza alcuna causa eccitante. Talora il dolore più forte precede una esplosione di emorragia, e allora l'emorragia apporta sollievo per qualche tempo, ma molte volte il caso non è così. Oltre il vecchio dolore ipogastrico, di cui spesso soffre la paziente negli stadii primi della malattia, vi sono frequenti insulti di dolore addominale circoscritto e di sensibilità, indizii che il peritoneo involgente gli organi pelvici fu invaso dall'infiammazione, la quale va e ritorna parecchie volte nel corso della malattia. L'estendersi della malattia dell'utero lungo le pareti della vagina, aggiunge molto alle doglie della malata, e più specialmente quando è così affetta la parete vaginale anteriore. In questo caso l'infiltrazione del cancro nei tessuti alla parte superiore della vagina impedisce il ritorno del sangue dalla parte non affetta dalla malattia. Di qui il molto ingrossarsi dell'uretra, la quale può spesso sentirsi del volume di due dita nel tragitto dalla sinfisi del pube alla vescica, e di qui, fino ad un certo punto, la voglia frequente di urinare, la difficoltà di mingere e l'impossibilità talora di trattenerla, che tanto molesta le pazienti di cancro dell'utero. Ma altre cause inoltre tendono ad aggravare questo sintomo. Come vedemmo studiando l'anatomia morbosa del cancro dell'utero, non è raro che la vescica, indipendentemente dall'estendersi ad essa della malattia maligna, sia sede di forte congestione o di infiammazione, che conduce a deposito di linfa sulle sue rughe o all'ulcerazione della sua membrana mucosa. Di più il propagarsi del cancro dall'utero o vagina alla vescica è di solito accompagnato dai patimenti molto più forti che si provano in malattia maligna primaria di quel viscere, mentre una volta formatasi la fistola utero o vagino-vescicale, si sostituiscono nella paziente sofferenze di nuova origine. In alcuni casi pure, quando v'è molto deposito di materia cancerosa attorno alla vescica, viene ostruito l'uno o l'altro uretere, sebbene in genere non si occhiuda assolutamente, si dilata di molto, percorre un decorso tortuoso invece di retto, mentre le sue pareti si ingrossano di molto; il rene stesso, in ragione della difficoltà nell'esercizio delle sue funzioni e dello scarico della sua secrezione, si atro-

fizza scomparendo quasi completamente il suo apparato glandolare, venendo i suoi calici dilatati in altrettanti sacchetti distesi da un fluido urinoso (*). In grado minore quest'accidente non è raro, e ad esso devesi io credo attribuire una parte del dolore dorsale e della disuria di cui soffrono le malate di cancro uterino.

Ed ora prima di passare all'esame di un altro sintomo, devesi dire qualcosa riguardo a quei pochi casi eccezionali, in cui il cancro dell'utero percorre il suo corso intieramente, o quasi, senza dolore. Non si può di troppo ricordare che in molti casi i tre gran sintomi del cancro, dolore, emorragia e perdita disgustosa non si presentano allo stesso tempo. La malattia spesso comincia coll'emorragia, e spesso finchè dura la perdita di sangue non si prova dolore, nè perdita fetida alcuna. A periodo più avanzato cessa l'emorragia, allora il dolore diventa forte, la perdita disgustosa, e continua fino alla fine, sebbene il dolore rallenti spesso, talora cessi affatto assai prima della morte della malata.

Gli errori, che sono a mia cognizione più frequenti nella diagnosi del cancro uterino, provennero da dimenticanza di questo fatto, e l'assenza di dolore e di fetore della perdita si ritenne come indizio insufficiente la possibilità del cancro, ad onta della più chiara prova della sua esistenza fornita dall'esplorazione vaginale. È però caso assai raro infatti che manchi il dolore per tutto il corso del cancro, sebbene sia per nulla raro che la malattia abbia molto progredito prima di provare alcun dolore. Sebbene non invariabilmente, pure nella maggioranza dei casi il cancro epiteliale è quello che si distingue per tale assenza di dolore. In alcune delle varietà molli di cancro midollare osservai pure la stessa cosa. Una paziente giovane di 30 anni non si accorse dell'esistenza di seria malattia che quando una perdita di sangue profusa ebbe luogo una volta durante l'atto venereo, o ne conobbi un'altra che credeva di soffrire solo di monorragia, che ebbe rapporti sessuali col marito, e che non suppose il suo male fosse serio finchè un aborto alla sesta settimana di gestazione la spense per l'emorragia che l'accompagnò. In ambo questi casi il cancro era della specie midollare. Il caso però più rimarchevole che ho incontrato ed in cui non fu sentito dolore alcuno, fu quello di una donna di 30 anni, che era stata irregolarmente mestrata da tre anni, sebbene senza sintomo alcuno di male locale, ed era guarita ma imperfettamente del suo sesto parto 14 mesi prima che capitasse in mia cura. Uadici giorni prima che io la vedessi, ebbe un'emorragia repentina o assai profusa, che continuò per otto settimane, e fu poi susseguita da perdita abbondante trasparente e non disgustosa. Dalla qual epoca fino alla sua accettazione all'ospedale, furonvi sempre o emorragia o perdita acquosa, e la paziente fu accolta in uno stato di estremo esaurimento il 15 luglio. Il riposo o gli astringenti frenarono l'emor-

(*) Vedi, per le osservazioni su questa condizione del rene, Cruveilhier, *Anatomic pathologique*, vol. II, pag. 370, e Adante, dispensa XXVII pl. II fig. 2; e perfino Wagner, op. cit. pag. 111.

ragia e la perdita, e cibo e vino ristorarono le sue forze tanto, che il 30 andò a casa sua a regolare alcune faccende domestiche, ma sul mio avviso della natura grave della sua malattia essa ritornò all'Ospitale il 5 agosto. L'emorragia ricomparve l'indomani e continuò 10 giorni, ma pel 21 essa orasi tanto recuperata ed aveva riguadagnata tanta forza, che le mie persuasioni per indurla a restare furono inefficaci. Andò a casa sua; il 1.º settembre l'emorragia ritornò e di essa morì il 5 avendo avuto in tutto il tempo nessun altro senso di molestia che qualche difficoltà al mangiare, di cui soffriva da due anni, o che non erasi aumentata in gravità dal sopraggiungere della malattia cancerosa.

Dopo il dolore, nella serie dei sintomi sta l'emorragia; e diversamente da quanto trovasi ancora espresso in alcuni libri, l'emorragia, lungi dall'essere una prova che la malattia ha raggiunto lo stadio ulcerativo, è spesso il segno primo della sua esistenza, giacchè lo si trova accennato in 46 per cento dei casi come precedente ogni altro male. Un errore simile, che non avete bisogno vi ricordi, era generalmente ammesso riguardo l'emorragia dei polmoni nella tisi. L'emoticoe che sappiamo doversi in molti casi alla congestione dei polmoni, ed essere il precursore di male incipiente, si supponeva essere prova di affezione irremediabile già prodotta e dello sfiancarsi di un vaso in conseguenza dell'essere compreso nel guasto dell'ulcerazione. La stessa spiegazione che dà ragione dell'emorragia nell'unico caso può ammettersi anche nell'altro, e la deduzione pratica da farsi da questo fatto, riguarda l'estrema importanza che deve darsi all'emorragia uterina senza ragione o causa, il bisogno urgente di fare un' esplorazione vaginale per la quale possiamo scoprire alcune forme almeno di malattia maligna al loro principio o ad esso assai vicine, ad un'epoca in cui i rimedii ponno ritardarne il progresso, e quando la chirurgia può forse rimuoverla interamente.

La pratica dell'ospedale offre sì poca opportunità per seguire i casi di malattie croniche dal loro principio alla loro fine, che non posso dare un completo giudizio dei rapporti generali dell'emorragia cogli altri sintomi di canero durante il suo decorso. La forma, in cui si mostra l'emorragia per la prima volta, è molto varia. Talora è uno stillicidio di sangue, non copioso, ma continuo, rassomigliante la perdita di un ordinario tributo mensile, eccetto che può accadere all'epoca non giusta, e che in generale dura più a lungo, finchè provoca qualche inquietudine talora per la sua persistenza, e talora per il frequente suo ritorno. Assume alcune volte questi caratteri nelle vecchie, in cui le funzioni sessuali sono già cessate da tempo, ma che a tutta prima considerano la ricomparsa della perdita sanguigna con una certa compiacenza, come se fosse un segno del loro ringiovanire; ma non è solo nelle attempate che ha luogo questa forma di emorragia. È però più comune che l'emorragia avvenga o ad un'epoca mestruale o un giorno o due dopo la sua cessazione; ma sebbene generalmente in tutte le emorragie dell'utero si osservi

una periodicità non bene marcata, qualunque sia la loro causa e qualunque l'età della paziente in cui accada, pure è certo non comune che la mestruazione nel caso di cancro uterino continui regolare ne' suoi periodi. La mestruazione anticipa talora, altre volte ricorre ogni due settimane, la perdita presentando ad ogni periodo un titolo eguale per essere ritenuta come mestrua; di rado avviene però che il vero periodo continui ad essere riconoscibile dopo due o tre ritorni d'emorragia. Accadono pochi casi di una singola perdita profusa di sangue non seguita da alcun rinnovarsi d'emorragia, o puramente da occasionale miscela di fluido sanguinolento colla perdita che avviene ad altre epoche. Copiose perdite lochiali si cangiarono una o due volte, secondo l'asserzione della paziente, in emorragia, che fu la prima evidenza di malattia cancerosa; ma naturalmente i casi in cui ciò si osserva sono rari ed eccezionali.

Negli stadii primitivi del cancro, l'emorragia è più sovente scaturita da dolore, come lo dimostra la tavola (*), sebbene vi sieno in ciò alcune eccezioni. Col progresso della malattia, il dolore si associa generalmente all'emorragia; giacchè ad eccezione dei casi di cancro epiteliale, in cui i piccoli vasi cedono dietro la più piccola causa, la congestione dell'utero precede generalmente ogni attacco di emorragia, ed è mitigato da tale occorrenza. L'origine dell'emorragia continua ad essere la stessa tanto prima come dopo avvenuta l'ulcerazione, e il sangue proviene meno dalla superficie malata che da tutta la mucosa dell'utero. I dolori uterini espulsivi, che in molti casi accompagnano l'emorragia, sono dovuti all'istessa causa come nella menorragia ordinaria, cioè alla formazione di coaguli entro la cavità dell'utero ed agli sforzi dell'utero per espellerli: sforzi tanto penosi per la resistenza che incontrano nei tessuti rigidi infiltrati di materia cancerosa. Non v'ha prova che più palmarmente attesti fornire la superficie ulcerata una parte piccola dell'emorragia, di quella data dalla sua invariabile diminuzione, spesso dalla sua completa cessazione negli stadii avanzati di cancro, mentre in non pochi casi in cui il processo d'ulcerazioni fu molto rapido, o la distruzione dei tessuti assai estesa, vi fu ben poca perdita di sangue, o fu limitata ai primordii della malattia. Una donna di 38 anni, venne a morire di cancro dell'utero all'Ospitale S. Bartolomeo, e morì il secondo giorno dal suo ingresso. Il labbro posteriore dell'utero era completamente distrutto, e il dito penetrava senza ostacolo entro la cavità, da cui sporgeva un tumore irregolare vegetante: il labbro uterino anteriore era assai aderente alla parete vaginale anteriore lungo la quale s'era propagata la malattia cancerosa fino a due centimetri dalla vulva, mentre lo stesso labbro era irregolare, ingrossato, e in gran parte distrutto dall'ulcerazione. Un solo attacco di emorragia che durò 5 ore fu l'indizio del principio di sua malattia 8 mesi prima. Si ebbe per molti mesi leucorrea abbondante o spesso fe-

(*) Vedi pag. 350 del testo.

tente, ma non si riscontrò in nessun tempo sangue nello scolo, eccetto quella sola volta alla quale accennai.

Finalmente, le perdite nei casi di cancro differiscono molto e per forma e nei diversi stadii della malattia. Una perdita mucosa o mucopurulenta aumentata non è rara negli stadii primitivi del cancro midollare, dipendente dalla congestione generale dell' utero, che, come vedemmo, accompagna la malattia al suo principio. Questa perdita è in generale non disgustosa, ma le pazienti talora si lagnano di una perdita fetente come primo sintomo del male, e ciò in casi in cui non si può dubitare che non esisteva in allora lesione alcuna di continuità. In ciò v'ha però nulla di rimarchevole; la leucorrea fetida accompagna la congestione e l'infiammazione uterina in molti casi, o deriva, in casi di menorragia di polipo, o da tumore fibroso, dalla decomposizione di sangue stravasato; e non doversi credere che le nostre pazienti ad ogni modo possano far distinzione tra i cattivi odori dipendenti dall'una o dall'altra causa. Col progredire del male la perdita diventa quasi sempre decisamente disgustosa, sebbene le variazioni in questo rispetto siano anche in uno stesso caso non poco strane. Si è veduto che porzioni del tessuto infetto non di rado si staccano di tempo in tempo, lasciando una superficie comparativa netta, su cui per qualche tempo almeno può perfino vedersi un tentativo di sana granulazione. Mentre i tessuti stanno sfacelandosi e rinnovandosi, la perdita è in generale una sanie sporea e assai fetida; dopo il loro distacco la secrezione può diventare scarsa, puriforme, e relativamente non disgusta; mentre in pressochè ogni caso, supposto che si prendano le debite precauzioni coll'irrigare la vagina, e colla debita attenzione alla nottezza onde togliere completamente e di spesso la secrezione, il fetore della perdita dipenderà in gran parte dall'attività del processo di sfacelo o distacco di porzioni del tessuto canceroso. Quando la malattia è in uno stato comparativamente indolente, come accade talora alcuni mesi prima della morte della paziente, che in tal caso avvienno piuttosto per cachessia cancerosa che per progresso del male locale, la perdita è di sovente nè molto copiosa nè molto fetente. Anche nello stato indolente della malattia la secrezione ha di rado il carattere purulento, che si osserva quando l'ulcerazione e i processi affini progrediscono attivamente, ma è di solito acquosa, talora tinta di sangue, altro volte quasi limpida. Inoltre nel cancro epiteliale la perdita è in generale sierosa e spesso quasi inodora, essendo piuttosto una secrezione dalla superficie, che il risultato di decomposizione o distruzione di tessuto. Questa stessa mancanza di ogni odore fetido marcato continua parimenti assai di frequente anche dopo che l'ulcerazione o la distruzione del parenchima sono incominciate nel cancro epiteliale, sebbene, a misura che i loro caratteri si confondono, come spesso fanno, con quelli del cancro midollare, lo scolo acquisti quasi sempre un odore molto peggior di prima. Nei casi di *escrescenza cavolfiore*, in cui la paziente muore d'emorragia, e così pure nei casi della così detta

ulcera rodente dell'orificio la perdita continua inodora fino all'ultimo. Però questi sono casi eccezionali, e menomano per nulla l'esattezza della regola generale, che la perdita fetente è uno dei sintomi di malattia maligna quasi mai mancante per qualche tempo del suo decorso.

Da ciò che si disse, possono dedursi una o due conseguenze pratiche, che meritano di aversi sempre in mente. Primo, che la presenza o l'assenza di perdita nociva non dove menomamente influenzarci a decidere della malignità o meno di ogni malattia d'utero. La semplice irritazione dell'organo da infiammazione o congestione può associarsi ad essa: la decomposizione del sangue entro gli organi sessuali può cagionarla, come pure lo sfacelo e la disintegrazione di un tumore fibroso o di un polipo. D'altra parte, la perdita da cancro epiteliale è spesso inodora per molto tempo, e talora continua così per tutta la durata del male, mentre in altri casi la presenza o assenza di ogni carattere nocivo nella secrezione può dipendere dall'essere o no la malattia in uno stato indolente o attivo. Persino in quest'ultimo caso, se si esamina subito dopo che i tessuti mortificati furono staccati, si può trovare evidente un cattivo odore la perdita che solo poche settimane prima era assai fetida.

Capisco che non avrebbe uno scopo veramente utile il cercare di aggruppare assieme quei sintomi che abbiamo fin qui esaminati, e con essi fare un quadro generale del cancro uterino. Il grado, con cui si manifesta ciascun sintomo, l'ordine, con cui i sintomi si succedono, il tempo in cui si associano, l'aumento dell'uno e la diminuita urgenza di un altro, variano tanto nei diversi casi, che nessuna descrizione generale sarebbe applicabile in tutti i suoi dettagli, ed io perciò mi astengo da un tentativo che potrebbe sviare e non istruire.

Fin qui però non si fece cenno dei segni di disordine generale costituzionale, che presto o tardi si manifestano in quasi tutti i casi di cancro sia dell'utero, che degli altri organi, e che aumentano di molto le miserie della paziente. La cachessia cancerosa, che manca appena in pochi casi di carcinoma epiteliale, in cui la morte avviene per pura perdita di sangue, è qualcosa più che la pura anemia prodotta da emorragia o da esaurimento, susseguente a sofferenze molto prolungate. « La fonte di tutto il sangue è attaccata da corruzione », il cibo non nutre, la forza manca, il corpo consuma, lo stomaco rifiuta di eseguire le funzioni proprie, la nausea travaglia l'ammalata, o il malessere la distrugge, e la lingua rossa, scorticata, liscia o aflosa indica pur troppo chiaramente lo stato della membrana mucosa digestiva, e spiega l'insistenza di quella sete, che le bibite non possono soddisfare, e che ben spesso non può nemmeno essere attutita per pochi istanti. Lo stato dello intestino è di spesso un'altra causa di disturbi, la stipsi alternando colla diarrea. Quella condizione è soventi volte indotta in parte dall'ostacolo meccanico che offre l'utero ingrossato ed indurito per la sua pressione sul retto al passaggio delle feci, ed in parte maggiore mantenuta dal manca di forza muscolare delle

stesse intestina, che non sono più capaci con vigorosi movimenti peristaltici di spingere avanti il loro contenuto. Una volta che viene in scena la diarrea, lo stesso manco di energia la lascia continuare, finchè il tubo intestinale è completamente svuotato, mentre alla stessa causa può in gran parte attribuirsi la flatulenza che spesso tribola le malate, producendo molti dolori addominali, e terminando non di rado in un attacco diarroico. Il sonno è sempre disturbato e non ristorante: gli opiatì in vero ponno alleviare il dolore; ma spesso aggravano gli altri malanni, la paziente si sente troppo male per dormire, o se sonnecchia, la bocca arsa e il bruciori di gola, il senso di gran prostrazione ed esaurimento, la svegliano, e la paziente ritorna alla coscienza col sentimento, che, un po' più ancora, e il sonno sarebbe finito, come infatti non di rado avviene, colla morte. A questo stadio in cinque casi, ch'io conosco, sopravvenne la convulsione che terminò nel coma, e in tre dei casi il coma finì colla morte, che ebbe luogo due volte entro 24 ore, ed una volta dopo 8 giorni. Questi sintomi di capo però non sono sempre indizii di malattia reale del cervello, giacchè due delle malate esaminate dopo morte, non offerse traccia di male; e due altre essendosi riavute dalle convulsioni, vissero molti mesi, mentre l'emiplegia, che in un caso aveva tenuto dietro agli accessi, scomparve gradatamente, ma completamente. In un sesto caso accadde una gran diminuzione di sensibilità del lato sinistro senza causa, e scomparve entro pochi giorni un mese prima della morte della paziente, durante la cui malattia si osservò nessun altro segno di disturbo cerebrale. La causa di questi sintomi cerebrali è oscura (87). La sola sua spiegazione, ch'io

(87) La scienza moderna ha potuto rendersi ragione di queste anestesi parziali e di queste emiplegie o paraplegie in casi di carcinoma uterino, prendendo i lumi dalla fisiologia patologica, considerandoli come neuropatie d'origine riflessa. Il merito di tale spiegazione deve per intero a Graves: egli prese nota dei molti fatti di *paralisi degli arti inferiori* dietro stati acuti o della mucosa enterica o dei reni, di *cistite acuta* consecutiva a trauma dell'esofago per corpo straniero ivi soffermato, di *amaurosi* da eccitazione dei rami frontali del quinto paio in seguito ad impressione di freddo umido, di *tetano* per ferita di un ramo nerveo periferico, di *convulsioni cloniche generali* per presenza di vermi nell'intestino o per condizione catartale nei bambini. Tenne calcolo della comunicazione in cui i rami del simpatico, distribuiti a tutti i visceri addominali, si tengono per molti punti coi rami spinali, e pensò che le impressioni morbose, le quali si fanno sentire sulle estremità terminali di questi rami simpatici, potevano arrivare al midollo spinale e di là riverberarsi per azione riflessa sui muscoli dei membri inferiori, costituendo neurosi e paralisi, ch'egli chiama di origine periferica e che sono pur denominate *riflesse*.

Nel caso nostro, le lesioni molteplici e diffuse apportate dalla neoformazione cancerosa, e le impressioni quivi percepite dal sistema nerveo, per la via suddetta si farebbero sentire sull'apparato nerveo motore degli arti, ge-

conosco, è quella emessa da Aran (*) che li riguarda come dipendenti da idronefrosi e da conseguente abolizione della funzione del rene. Non so fin dove per un certo tempo la guarigione delle pazienti, nello quali accaddero questi sintomi, e la loro morte consocutiva pei progressi ordinari del carcinoma, possano considerarsi propriamente come militanti contro questa teoria. In due casi di somma idronefrosi prodotta da pressione dell'utero canceroso sugli ureteri, nessun segno di disturbo di capo precedette la morte; e nelle due che morirono non si parla di ragguardevole idronefrosi scoperta all'esame necroscopico.

Ma questi sono casi eccezionali, e la morte in generale non è preceduta da segno distinto di sintomi cerebrali. La forza vitale si esaurisce a poco a poco, il guasto locale rimanendo spesso affatto stazionario per settimane o mesi: e quando alla fine la paziente muore, riesce difficile dire perchè la morte avvenne appunto allora, perchè a malattia così avanzata non avvenne più presto, o perchè, la vita essendosi tanto prolungata, non abbia continuato ancora qualche giorno o qualche settimana di più?

In un caso infatti l'avvelenamento generale del sangue diede luogo ai sintomi di piemia che precipitarono la morte dell'ammalata, sebbene (cosa abbastanza strana) prima della sua malattia fatale i segni della cachessia cancerosa non fossero stati gravi. Aveva 56 anni, i sintomi di malattia uterina esistevano da soli 4 mesi e il guasto era tanto esclusivamente pressochè limitato alla cavità uterina, che si ebbe un momento di esitazione se la malattia fosse realmente di indole maligna. All'epoca del suo ingresso v'erano leggieri sintomi febbrili, che in capo ad una settimana divennero più intensi, e si associarono a dolori delle estremità superiori precisamente come quelli del reumatismo. Questo dolore continuò, sebbene non crescesse di intensità, ma la febbre prese rapidamente un carattere tifoide, il polso salì a 140 al minuto, la lingua si fece arida, ed essa morì al sesto giorno.

Questo caso infatti è unico nella mia pratica, sebbene vi sia una gran differenza nell'intensità dei sintomi della cachessia cancerosa e nella rapidità del loro decorso, mentre non sembra esista rapporto costante tra la somma del guasto locale e la somma di disordine costituzionale. Quando sono più rapidi, i sintomi costituzionali quasi sempre però continuano con carattere passivo; e perfino l'infiammazione peritoneale, a cui si fece allusione come causa non rara

(*) Op. cit. pag. 968.

nerandovi le paralisi fugaci o stabili, cui accenna l'Autore. Questa è l'unica interpretazione che la scienza attualmente ci concede per tali strani fenomeni, e l'unica che parmi quivi applicabile.

DE-CRISTOFORIS.

di dolore ipogastrico, e come produttrice di aderenze tra i visceri pelvici, non sembra avere tendenza alcuna ad assumere un carattere attivo, e non contribuisce materialmente ad abbreviare la vita della paziente. Spesso la diarrea ha tale tendenza, prendendo talvolta un carattere dissenterico, e trovandosi dopo morte associata a forte congestione del retto e della parte inferiore del crasso intestino, con gran sviluppo delle ghiandole solitarie. È assai raro che un grave dolore locale accompagni gli ultimi giorni di vita della malata, e le poche volte in cui osservai ciò, era associato a sviluppo di malattia cancerosa nel ventre, nè pareva da attribuirsi all'affezione dell'utero (88).

Prima di lasciare l'argomento dei sintomi del cancro, si devono notare due deviazioni dal corso ordinario. Si è già ricordata l'accidentale mancanza dell'uno o dell'altro di quei sintomi che di solito si credono caratteristici di cancro. Ma vi sono anche casi accidentali in cui manca solo un sintomo abituale, ma in cui tutti i sintomi sono sì poco marcati da oscurare affatto la natura della malattia. Non è raro che pazienti, rivoltesi al medico per la cura di creduta menorragia, all'esplorazione mostrino l'esistenza di cancro dell'utero assai avanzato: epperò il caso più ragguardevole di latenza di tutti i suoi sintomi, a me occorso, è il seguente. — Una donna di 45 anni, cuoca, venne da me all'Ospital di Middlesex, lagnandosi di stipsi, di qualche difficoltà alla defecazione, che attribuiva alle emorroidi. Non aveva emorragia, nè dolore uterino, e fu solo coll'interrogarla

(88) La morte nei cancri uterini è *lenta o precipitosa*. La prima è dovuta alla cachessia cancerosa, alla così detta *tabe*, avente i caratteri di un' infezione, di una *piemia*, che fortunatamente nel suo ultimo periodo va spesso esente dai tormenti ond'è causa il progresso attivo del carcinoma. — La morte precipitosa non è sempre conseguenza dell'emorragia, benchè lo sia pur troppo di spesso. Un'altra causa ho dovuto riscontrare, colpevole di impreveduto fine, ed è la paralisi cardiaca per degenerazione adiposa del miocardio. È noto essere frequente questo processo regressivo della sostanza muscolare del cuore nelle lente malattie da infezione, nelle cachessie sanguigne protratte: eguale fatto trovai avveire nel carcinoma uterino quando lo stato generale ne nota il massimo sviluppo e ne viene a patire le tristi conseguenze: ed ho voluto perciò fissare su questo punto l'attenzione dello specialista perchè possa darsi ragione diretta di quelle morti repentine e impreviste nelle cachessie da metrocarcinoma, le quali non siano giustificate da emorragia.

Vedonsi infatti queste meschine, nel fare uno sforzo, nel tentativo per scender dal letto, in un semplice movimento di posizione esser prese in un subito da affanno acutissimo, cui segue un profondo deliquio, dal quale non si risvegliano più. E la paralisi cardiaca che le ha uccise, quando alla fibra cardiaca, debole, degenerata in adipe, per un movimento o per qualsiasi causa si è imposta un'azione superiore alla sua capacità contrattile.

Le autopsie, che ho praticate, mi diedero occasione di chiarire questi casi, per lo addietro rimasti inesplicabili.

DE-CRISTOFORUS.

minutamente che confessò l'esistenza di leggiera leucorrea. Non v'erano emorroidi, nè malattia alcuna attorno al retto, ma l'utero era ingrossato, meno mobile del naturale nella pelvi, il suo labbro anteriore duro e nodoso, il posteriore distrutto da ulcerazione. Per più di tre mesi essa continuò a venire da me, e durante tutto il tempo mantenne le sue occupazioni dicendo di sentirsi meglio dietro semplici medicine aperitive, che le avevo prescritte (*).

Non conosco la sua storia consecutiva, ma la deduzione pratica da casi simili si è, che dobbiamo ritenere per confermato nulla di quanto, anche solo per poco, ci autorizzi ad entrare in sospetto; ed io aggiungo che non bisogna riporro fiducia implicita nelle dichiarazioni delle nostre pazienti, quando negano l'esistenza di qualche sintomo che è o notorio, o volgarmente creduto di segno e significato cattivo. Esse ne desiderano tanto la mancanza, che non si vogliono piegare a credere all'esistenza di ciò che esse non paventano tanto.

L'altra varietà di cancro è una *forma acuta della malattia*, che io credo assai rara, ma che percorre le sue fasi con molto disturbo febbrile, o con sintomi attivi, che si possono prendere da un osservatore superficiale per quelli di una malattia infiammatoria. È una forma che vidi solo in persone giovani, e subito dopo il parto o l'aborto. In un caso, una donna che aveva abortito a 4 mesi, ed aveva avuto un solo attacco di profusa emorragia due mesi prima che venisse a mia cognizione, fu ammessa nell'ospedale in uno stato di salivazione copiosa, in conseguenza di mercurio dato per la cura di supposta infiammazione uterina. La malattia, di cui essa ben tosto morì, era cancro in istato di ulcerazione avanzata; ma v'era stato tanto disturbo febbrile, tanto dolore addominale da sviare un pratico intelligente e condurlo ad omettere, ciò che sembra il dovere più ovvio di fare, l'esplorazione vaginale. Un altro caso quasi dello stesso genere vidi io pure, in cui la malattia fece il proprio corso in 3 mesi e 17 giorni; il suo principio venendo calcolato dalla data del parto della paziente, prima del quale ella non si era accorta di sintomo alcuno di malattia uterina. In questo caso la paziente morì in uno stato di coma, che susseguì a convulsioni, e il suo stato perfino all'epoca della sua ammissione era di grande urgenza. Aveva però la pelle assai calda, la lingua irsuta, polso celere, con molto dolore addominale, ed io comprendo benissimo come alla loro origine questi sintomi potessero come nell'altro caso avere indotto in errore.

Vedemmo di già come da una parte la presenza della disposizione al cancro non impedisca la fecondità di una donna, e dall'altra come i cangiamenti che susseguono il parto sembrano favorire lo sviluppo della malattia. Ci rimane ora da vedere l'influenza, che esercita la malattia cancerosa dell'utero sul processo del travaglio istesso quando una donna così affetta ha la disgrazia di diventar incinta. La prova delle statistiche appoggia pienamente ciò che ognuno prevede di tro-

(*) Un caso di tal genere è riferito da Simpson, op. cit. pag. 190.

varvi, e mostra che l'orificio uterino rugoso e ingrossato si dilata lentamente, dolorosamente e imperfettamente; che spesso si lacera durante gli sforzi del parto, e che emorragie imponenti hanno luogo, o avvengono infiammazioni pericolose; e che talora gli ostacoli sono così insormontabili che il feto non può passare, o la madre e il feto periscono ambedue durante gli sforzi del parto, o la gestazione si prolunga oltre il suo termine ordinario, e la morte alla fine avviene senza sforzo deciso alcuno dell'utero per svuotarsi del suo contenuto (*).

Tavola mostrante l'esito di 75 casi di cancro del collo dell'utero complicato con travaglio di parto.

AUTORITA'	Totale dei casi	Morte nel o subito dopo il travaglio	Guarite dagli effetti del parto
(1) Puchelt	31	18	13
(2) Oldham	5	2	3
(3) Cormack	1	—	1
(4) Simpson	2	2	4
(5) Arnott	6	—	2
(6) Scanzoni	4	4	—
(7) Dorrington	1	1	—
(8) Kiwisch	4	4	—
(9) Menzies	20	10	10
(10) Spiegelberg . .	1	—	1
	75	41	34

(*) Come nel caso molto rimarchevole del dottor Menzies, ricordato nel *Giornale Medico di Glasgow*, vol. I, pag. 129, Luglio 1853.

(1) *De Tumoribus in pelvi, etc.* 8°, 1840, capo III e IV.

(2) *London Journal of Medicine*, 1851, p. 204, e resoconti dell'Hospital Guy, 2.^a serie, vol. VII, p. 427.

(3) *London Journal of Medicine*, 1851, p. 212.

(4) *Op. cit.*, p. 648.

(5) *Med. Chir. Transactions*, vol XXXI, p. 37.

(6) *Lehrbuch der Geburtshülfe*, vol. II, p. 258.

(7) *Proc. Med. Journal*, 7 ottobre, 14, 21, 1843.

(8) *Op. cit.* vol. I, p. 540.

(9) Menzies, *loc. cit.* Nella tavola di Menzies, nei 27 casi sono compresi quelli di Denman, contenuti nella tavola di Puchelt, o alcuni casi di Oldham e Simpson, i quali sono da me riportati separatamente. Omettendo questi, rimangono 20 casi.

(10) *Monatschrift f. Geburtsh.* febbrajo 1858, vol. XI, p. 110.

In 72 casi è accennata la sorte del bambino.

AUTORITA'	Totale dei casi	Morti	Nati vivi
Puchelt	30	19	11
Oldham	5	4	1
Cormack	1	—	1
Simpson	6	2	4
Arnott	2	2 gemelli	1
Seanzoni	4	4	—
Derrington	1	1	—
Kiwisch	4	1	—
Menzies	18	11	7
Spiegelberg	1	—	1
	72	47	26

Più tardi dovremo tornare su questo argomento, affine di ricercare i mezzi che ci forniscono la maggior probabilità di salvare la madre e il feto in mezzo a questi pericoli. Per ora basta averli avvertiti, e mostrata la loro natura e valore.

Nelle lezioni precedenti accennai occasionalmente alle principali distinzioni tra le malattie semplici e maligne dell'utero, e può sembrare a prima vista inutile entrare in dettagli riguardanti la diagnosi del cancro uterino, giacchè i suoi segni caratteristici sono così ben distinti da lasciar ben di rado luogo a dubbio o possibilità di errore, eccetto a chi è crassamente ignorante, o pensatamente negligente.

Ma sebbene tale sia di solito il caso, pure accade talora che cadono in errore persone le quali non ponno accusarsi di mancanza di scienza, o di attenzione, e tale errore più spesso accade sotto la forma di considerare una malattia innocente come una di carattere maligno, ingenerando così una inutilissima ansietà nella paziente e nei suoi amici. All'epoca, in cui l'indurimento della cervice dell'utero, si supponeva comunemente essere dovuto a deposito scirroso, questo errore veniva commesso molto più frequentemente che al giorno d'oggi; ma anche adesso l'errore pratico sussiste, come al solito, più dell'errore patologico da cui provenne.

Da qui ne risulta non essere superfluo il porre come regola (per quanto io so senza eccezioni) che un indurimento di lunga durata e un'ipertrofia della cervice dell'utero, con o senza abrasione superficiale, ma non accompagnati da ingrossamento del fondo della vagina e da diminuita mobilità dell'utero, devonsi ad infiammazione cronica, e a deposito canceroso.

Tanta è l'importanza di distinguere fra di loro queste due condizioni, che può valere la pena di confrontarle insieme, anche a rischio di essere noioso.

Nell' indurimento infiammatorio.

La storia del male della paziente in generale rimonta a parecchi anni, e i sintomi vennero gradatamente.

Un parto laborioso, o una convalescenza imperfetta da parto o aborto, è di spesso addotto come il principio dei mali della paziente.

Il dolore è più costante e sintomo più precoce dell'emorragia. La mestruazione è spesso scarsa; l'emorragia, se accade, mantiene un tipo mensile e talvolta bi-settimanale, ben di rado persistente, e quasi sempre con molte sofferenze.

La cervice dell'utero è sempre dolente, spesso lo è molto; la mobilità dell'utero è ben poco modificata; i lobuli ingrossati delle sue labbra irradiano dall'orificio.

L'ulcerazione della bocca dell'utero è, o una semplice abrasione dell'epitelio, o una superficie rossa di tessitura finamente granulata o vellutata, talora rialzata un po' sul livello delle parti circon vicine, non mai depressa al disotto. I margini delle ulcerazioni sono sempre pinnati e irregolari, e la perdita è talora purulenta, più spesso glutinosa, talvolta un po' striata di sangue, quasi mai ributtante, e proveniente più dall'interno dell'utero che dalla superficie ulcerata.

Nel cancro uterino.

La durata media del cancro non eccede 18 mesi, e i primi sintomi sono in generale subitanei nel loro comparire.

Sebbene il cancro si sviluppi talora dietro parto o aborto, pure tali casi sono così rapidi nel loro decorso da rendere impossibile l'errore.

L'emorragia è un sintomo primitivo, e nei primi stadii, di solito, sintomo più urgente del dolore. È senza causa ripetitiva, spesso insistente, non soggetta a tipo mensile, e l'epoca della perdita in generale porta miti sofferimenti.

La cervice cancerosa è spesso poco sensibile; la mobilità dell'utero vien presto interrotta; i lobuli ingrossati delle labbra sono irregolari nella loro posizione, e non divisi da fessure radianti dall'orificio.

L'ulcera cancerosa non è mai una semplice abrasione, ma o un'escrescenza vegetante, grossolanamente granulata, con bordi arrovesciati, o un'ulcera cava a superficie nerastra e margini frastagliati; spesso in parte coperti da un'escara neobigia. La perdita, che viene data dalla superficie malata più che dall'interno dell'utero, è o densa, gialla, purulenta, assai ributtante, o tenue, sierosa, spesso rossastra di sangue, non mai trasparente e albuminosa.

L'attenzione a queste distinzioni basterà quasi sempre, io credo, a premunirci dal confondere il puro indurimento cronico e l'ipertrofia dell'utero colla malattia maligna. Ho però trovato due casi in cui la diagnosi tra le due condizioni fu assai difficile, e in cui solo il tempo tolse i sospetti che apparivano pur troppo ben fondati. Ambedue questi casi presentarono molta rassomiglianza tra loro, e i sintomi che sopraggiunsero in ambedue qualche mese dopo il parto furono in realtà probabilmente dovuti ad uno stato di involuzione imperfetta dell'utero. In ambedue i casi proruppe una copiosa emorragia subitaneamente, che mise la vita delle pazienti a pericolo e che fu frenata in un caso solo coll'uso del tampone. In ambo i casi l'utero era ingrossato di molto; le sue labbra gonfie e rovesciate all'infuori e il suo orificio aperto, cosicchè la sua condizione assomigliava assai a quella dell'utero affetto da cancro fungoide; mentre la perdita sierosa, che scolava negli intervalli tra gli attacchi d'emorragia, spandeva quell'odore disgustoso comunemente ritenuto come patognomonico di malattia maligna. Inoltre la natura del caso era in una delle pazienti resa ancor più dubbia dalla circostanza, che avendo essa passato i 40 anni e partorito 18 mesi prima il suo ultimo figlio, e slattatolo da 7 mesi, non aveva avuto ancora il ritorno della inestruazione, mentre la sua salute andava declinando, ed aveva sofferto molto di dolori lombari ottusi. In questo caso, che ebbe frequente opportunità di sorvegliare, l'emorragia si riprodusse ad in-

tervalli irregolari per lo spazio di due a tre mesi, di poi cessò lasciando la paziente completamente esausta. Lentamente essa rifece le forze e alla fine di tre altri mesi la mestruazione ritornò naturalmente. Dopo essere comparsi due volte ai giusti periodi, i mestri cessarono di nuovo; però la loro cessazione fu accompagnata dai segni non di malattia ma di gravidanza, che terminò nella nascita di un figlio vivente al settimo mese di gestazione. Emorragia assai allarmante accompagnò il travaglio, ma la convalescenza non fu interrotta, e nessun segno di malattia uterina canerosa o altra ricomparve, sebbene la paziente fosse nel 49.^o anno di età, e i mestri andassero diventando irregolari nel loro ritorno, in preparazione senza dubbio della loro cessazione finale.

In questo caso non solo ebbi nessuna sfavorevole opinione sull'avvenire della paziente; ma ripensandoci, ora che il tempo ha rettificato il mio giudizio, posso ricordarmi che v'era uniformità nell'ingrossamento delle labbra uterine e nel grado di loro durezza, il che non è abituale nel cancro fungoide, e che mancava quel carattere nodoso, palese in generale nell'utero affetto da malattia maligna.

L'esplorazione vaginale di solito ci permette subito di discernere tra i tumori fibrosi dell'utero e le malattie maligne del viscere. Pure non debesi dimenticare che fra quei casi relativamente rari, in cui è affetto, da cancro il corpo dell'utero, mentre il suo orificio è esente da malattia, possiamo riscontrare un tumore percettibile nell'addome, associato a sensibile aumento delle dimensioni della cavità uterina, talora con ingrossamento irregolare della sostanza dell'una o dell'altra parete uterina, somigliante assai a quella prodotta dalla presenza di un tumore fibroso, mentre talora è percettibile una escrescenza distinta attraverso l'orificio. Però la nostra diagnosi sarà ordinariamente diretta a bene dall'essere più deteriorata la salute e più persistente il male di quanto accadde nel caso di tumore fibroso, dall'essere *più considerevole la perdita di mobilità* di quello che potrebbe risultare dal suo aumento di volume, e infine dalla grande incertezza nei contorni di qualche tumore procedente dalle pareti uterine.

Si è già ricordata (*) la possibilità di scambiare un tumore fibroso sporgente dall'orificio uterino con una malattia canerosa del viscere; ed io ho conosciuto casi in cui la superficie sfaccelata e disintegrata di un tumore fibroso o di un polipo pendente in vagina fu presa per carcinoma avanzato ed ulcerato del collo dell'utero. Però un tale errore non devo esser commesso, perchè con un esame attento, la mancanza dell'orificio dell'utero alla parte inferiore del tumore, la sua forma ovale o piriforme, la sua superficie piana ed uniforme di quelle parti che non sono ulcerate, e la possibilità in quasi ogni caso di arrivare all'uno o all'altro labbro della bocca, se il dito viene portato in alto rasente al tumore, riveleranno la vera natura del caso.

(*) Vedi pag. 281 del t. 1.^o

Rimane a notarsi ancora un sol punto onde completare la storia del cancro dell'utero, e questo si riferisce alla sua durata, che sembra invero più breve piuttosto che più lunga di quella di molte altre forme della stessa malattia.

In 22 casi ho potuto fissare accuratamente la durata del cancro uterino e trovo che fu:

Meno di 4 mesi		in 1 caso
" 5 "		" 3 "
" 6 "		" 1 "
" 9 "		" 1 "
" 12 "		" 3 "
Esattamente 1 anno		" 2 "
" 13 mesi		" 1 "
Fra 1 e 2 anni		" 5 "
" 2 " $2\frac{1}{2}$		" 2 "
" $2\frac{1}{2}$ " 3		" 1 "
Esattamente $3\frac{1}{4}$		" 1 "
Si disse essere di 5		
ma è incerto		" 1 "
		22

Media della durata 17. 3 mesi.

La media, in 39 casi dati da Lebert (*), è di 16 mesi e frazione: risultato molto identico al mio, e minore della durata media di tutte le forme di cancro, stabilita a 18 mesi dalla stessa autorità, il progresso della malattia essendo più lento nella ghiandola mammaria, nel testicolo, nell'occhio, nelle ossa, nei linfatici e nel canale intestinale; sebbene anche nella mammella e nel testicolo, in cui il suo decorso è il più lento, la durata media della malattia non oltrepassi tre anni e mezzo (**).

Nella susseguente lezione passeremo all'investigazione (desidererei potessimo farlo con migliore prospettiva) dei mezzi di cura, sia medici che chirurgici, con cui possiamo sperare di ritardare il corso, alleviare le sofferenze del cancro, talora ottenere alla paziente una breve tregua, e qualche volta forse anco la guarigione.

(*) Op. cit. pag. 270.

(**) Ibid. pag. 122.

LEZIONE XXI

MALATTIE MALIGNE O CANCEROSE DELL' UTERO

Trattamento: varie opinioni dominanti in diverse epoche a suo riguardo.
Trattamento palliativo dell'emorragia, del dolore, delle perdite: regola della salute generale, e dei sintomi di cachessia cancerosa. — Gravidanza e travaglio complicato da cancro; questione di produrre il parto prematuro: condotta di questo parto.

Trattamento curativo; estirpazione di tutto l'utero; esito dell'operazione e ragioni per rifiutarla. — Escissione del collo dell'utero; errori che la screditano; casi adatti per essa; metodi di eseguire l'operazione; pericoli; quello dell'emorragia è principale. — Considerazione dei vantaggi relativi della legatura e del taglio. Altri supposti mezzi curativi; uso del freddo, dei caustici e del cauterio attuale; osservazioni su ciascuno.

Assai numerose furono le variazioni d'opinione riguardo alla condotta da tenersi nel cancro dell'utero. Quando le cognizioni a suo riguardo erano assai imperfette, abbondavano i così detti rimedii, e varie medicine ebbero il credito di eliminare il veleno canceroso dal sistema, e, agendo sulla costituzione, togliere così la malattia locale. Venne poi un periodo di chirurgia avventurosa, di tentativi per sradicare tutto il male sul quale era evidente che i mezzi interni avevano ben poca influenza. Presto però i pratici si spaventarono delle difficoltà e dei pericoli di tali operazioni, e allora ricorsero ad una combinazione di cura generale e locale: e credendo che tra il cancro e l'indurimento infiammatorio esistesse qualche stretto legame di affinità, cercarono colla deplezione e cogli altri mezzi, intesi a ritardare i cangiamenti che produce l'infiammazione, di arrestare i progressi del cancro. Si tentò pure di rivendicare alla chirurgia la sua parte nel togliere la malattia, anche quando la medicina era di nessun profitto, e per qualche tempo si vantò l'amputazione del collo scirroso dell'utero, come un modo di arrestare quasi di certo il pericolo altrimenti inevitabile. Il tempo però e l'aumento delle cognizioni ci condussero a dimenticare molto di quanto i nostri predecessori accettavano con una fede inalterabile. Abbiamo perduta ogni fiducia nei rimedii specifici, in cui si credeva altre volte; abbiamo abbando-

nato come troppo azzardosa, quindi non autorizzabile, l'esportazione totale dell'utero: abbiamo trovato che non esiste rapporto alcuno tra l'infiammazione e il cancro; che i mezzi antiflogistici, i quali tolgono gli effetti di quella, non hanno potere di frenare il progresso di quest'ultimo; e inoltre che i supposti trionfi della chirurgia nel troncamento della malattia, esportando quella piccola parte del viscere da cui, lasciato il male a sé, avrebbero potuto propagarsi ai tessuti circonvicini e ai visceri contigui, erano per lo più puramente immaginari; e i trofei che si mettevano in mostra una volta nei nostri musei vengono ora generalmente tenuti fuori di vista, quali ricordi di un errore patologico e di una operazione inutile.

Sembra adunque che, nel maggior numero di casi, il nostro dovere nel trattamento del cancro uterino è quello assai umile di mitigare sofferenze che non possiamo togliere; di privare la morte di alcuni dei suoi terrori, sebbene ci sentiamo impotenti a ritardarne i passi. Studiare attentamente, eseguir religiosamente questo dovere, esige molta cura, molta e la più instancabile pazienza. Ma vi sono alcuni pochi casi riguardo ai quali dobbiamo ammettere la possibilità di ottenere un miglior esito, e progredendo tanto più francamente alla ricerca dei mezzi di cura, ora che abbiamo imparato con maggior certezza di prima a distinguere le differenti varietà della malattia, a conoscere i casi in cui la guarigione è possibile, da quelli nei quali saremmo di certo in errore se eccessivamente far di più che palliare i sintomi più gravi ed urgenti.

Mi propongo perciò di passare prima in rivista i diversi mezzi con cui possiamo arrecare pronto sollievo alla paziente travagliata da cancro dell'utero; e considerare poi i casi eccezionali in cui possiamo tentare qualcosa di più, e i meriti dei vari processi con cui si tentò una cura radicale della malattia, e fu talvolta anche ottenuta.

Nel caso di cancro in generale, la nostra attenzione è divisa tra il mitigare i sintomi locali e il mantenere fin dove è possibile la salute generale. Non conosco mezzo alcuno con cui può arrestarsi nel suo primo stadio di progresso del cancro, e rendere stazionaria la malattia; origine infatti di apprensione costante, ma occasione di ben poco malessere pel momento o di nessun pericolo immediato. Si provarono, furono magnificati e a lor volta rigettati pressochè tutti i veleni vegetali e minerali; si amministrarono i tonici, e si pose anche la paziente sotto la cura della fame; ciò si limitò il cibo alla più piccola quantità con cui può mantenersi la vita, e questo col risultato che merita ed ottiene quasi sempre l'uso empirico dei rimedii.

L'emorragia è usualmente il primo sintomo che sveglia tanto l'allarme nella malata da indurla a cercare assistenza medica. Ma sfortunatamente prima d'allora la malattia ha spesso già fatto molto progresso, e la sua natura è già pur troppo palese. L'emorragia all'esordio della malattia, essendo dovuta, come già si disse, alla congestione dell'utero, il nostro primo intento deve essere di toglierla con qualsiasi mezzo, e prevenirne così, se possibile, il ritorno.

È per sè evidente che, avendo di mira questo scopo, ogni eccitamento diretto degli organi genitali dove essere dannoso, e quindi non può esservi eccezione alla regola che interdice i rapporti conjugali qualora vi sia il monomo sospetto di malattia cancerosa. Lo stato delle intestina è l'altro punto cui attendere, e devonsi tenere aperte liberamente, se possibile, con mti aperienti salini che scaricano i vasi emorroidarii, e prevengono in pari tempo l'accumulazione delle feci nel tubo intestinale. È pure importante una dieta mite e non stimolante, e non dubito che nei primi stadii del cancro un piano contrario è dannoso alla salute generale della paziente, e indirettamente accelera il progresso della malattia. So a queste precauzioni si aggiungano l'evitare ogni fatica attiva, e il tenere un riposo il più assoluto al ritorno di ogni epoca menstruale, credo che più in là non si estenda il nostro potero. L'uso locale della deplezione, raccomandato negli stadii primi del cancro, è ben di rado ammissibile, ed io non sono disposto a consigliare di sottrarre sangue dall'utero stesso, ma piuttosto all'ipogastrio e all'inguine, giacchè so che s'ebbero serio difficoltà nel fermare il sangue da sanguisughe applicate al collo dell'utero in questi casi.

A periodo più inoltrato della malattia l'emorragia può essere così copiosa da richiedere un freno diretto, e la necessità di subito arrestarla è naturalmente urgente in proporzione al grado di anemia che già esiste. L'acido gallico è fra tutti gli astringenti quello che mi fallì meno spesso, ma onde ottenerne decisi vantaggi, deve darsi a dosi di 40 a 50 centigrammi ogni 4 ore. L'infusione di matico come applicazione locale è pure di molto uso in alcuni di questi casi: ma il farne iniezioni non può esser mai affidato con sicurezza alla malata, che o l'usa senza effetto, o si cagiona molto male col toccare il collo dell'utero ne' tentativi di introdurre l'istrumento abbastanza in là nella vagina. Vi sono difficoltà ovvie circa al tamponare la vagina in casi di carcinoma ulcerato; e infatti il modo con cui ha luogo di solito l'emorragia profusa, per sgorgi repentini di emorragia seguiti da una lunga pausa, è la ragione per cui un tal procedere dove esser calcolato come meno atto a garantirci. In alcuni casi di cancro midollare molle o di cancro epiteliale, quando il continuare dell'emorragia diventa causa molto seria di pericolo per la paziente, possiamo colle dita rompere il tessuto e poi iniettare in mezzo ad esso la tintura di percloruro di ferro. Vengono così distrutti i vasi che danno sangue, e il coagularsi del sangue travasato per l'agente chimico previene l'interiore emorragia, mentre tutta la massa trattata a quel modo si distacca nel corso di pochi giorni, lasciando dietro a sè una superficie più sana o ad ogni modo meno disposta a dar sangue. Questo processo, che per quanto so fu pel primo raccomandato da Kiwisch (*), non è accompagnato da molto dolore, nè fu mai seguito da serio disturbo costituzionale per mia esperienza, mentre il

(*) Op. cit. vol. I. pag. 547.

miglioramento, che dapprima sul sistema generale per un po' di tempo sussegue all'arresto della perdita, è spesso molto sentito (*). Kiwisch parla pure dell'uso del caustico attuale come mezzo assai efficace a frenare l'emorragia, nei casi in cui la superficie è troppo resistente da potere essere lacerata. Non provai il cauterio attuale specialmente a questo scopo, sebbene io creda aver ottenuto per suo mezzo molto miglioramento temporario in alcuni casi di cancro uterino per riguardo tanto alla salute generale della paziente quanto alla condizione della superficie ulcerata. Di questo però più avanti.

Il dolore è fra tutti i sintomi quello di cui la paziente invoca più caldamente sollievo, mentre sfortunatamente siamo spesso poco capaci a procurarlo. V'è un dolore permanente, o almeno un senso permanente di molestia, che prova il più delle donne, ed inoltre vi sono parossismi temporarii di acuti sofferimenti di cui alcune vanno fortunatamente esenti. Il dolor dorsale e del mingere, e la molestia della defecazione, sono di solito più alleviate prendendo cura delle funzioni della vescica e dello stato dell'intestino, che usando gli anodini dritti. L'acqua di Vichy come bibita, l'estratto e il decotto d'uva ursina, con piccole dosi di liquore di potassa e tintura d'iosciammo, apportano spesso molto sollievo alla vescica irritabile, che disturba la paziente nei primi stadii del cancro; mentre a periodo più avanzato, quando in essa incominciò il guasto organico o l'urina è carica di fosfati, riescono utili alla lor volta piccole dosi di acido cloridrico coll'estratto e col decotto di pareira. Lo stabilire la funzione regolare delle intestina salverà la paziente da molte delle moleste sensazioni di stiramento all'imbasso, di cui avesse antecedentemente sofferto. I lassativi miti, come l'elottuario di senna, o piccole dosi d'olio di ricino, sono in genere i migliori mezzi a quest'intento; i clisteri in generale non convengono, giacchè la loro amministrazione è spesso assai dolorosa in causa della presenza delle emorroidi, mentre la pressione che il retto disteso esercita contro l'intero suscita talora assai gravi sofferimenti. Gli impiastri di belladonna o d'opio applicati ai lombi o sopra il pube talora alleviano il dolore permanente di queste regioni, mentre ogni accidentale suo aumento è di spesso mitigato dall'applicazione locale del cloroformio, o del cotone in fiocchi immerso in un linimento di parti eguali di cloroformio ed olio o coperto con seta cerata onde prevenirne l'evaporazione.

(**) Nel giornale *The Lancet* del 29 dicembre 1855 è riportato un caso rimarchevole dal dottor Boulton di Horncastle, in cui la lacerazione del tessuto di un largo cancro epiteliale della cervice dell'utero, e l'arresto dell'emorragia consecutiva con caustici, fra cui la tintura di percloruro di ferro sembra aver meglio corrisposto, fu continuata per 3 anni, non solo con gran miglioramento nella condizione della paziente, ma, come sembra, col risultato finale di distruggere completamente la malattia, di cui, per 16 mesi previi alla sua comunicazione, la bocca dell'utero non presentava traccia. In una ulteriore relazione, in data ottobre 1857, Boulton aggiunge che dopo il lasso di tre anni dall'ultima operazione la paziente continuava a trovarsi perfettamente bene; che da 12 mesi era cessata ogni perdita, e che lo stato dell'orificio e della cervice dell'utero era perfettamente normale.

Quanto più la paziente potrà far senza dell'uso abituale di anodini, tanto meglio sarà per la sua salute generale. Col tempo però è certo che diventano necessari, e il bisogno di essi di solito si prova dapprima nella notte, perchè quasi sempre allora il dolore diventa più intenso che di giorno. Sia che si usino di notte però, o si diano più spesso, è sempre desiderabile di cominciare dalla forma più mite di narcotico o passare solo a gradi, e a misura che ognuno alla sua volta cessa di essere efficace, a quelli che sono più potenti e ai preparati d'opio. Io di solito comincio con canfora e iosciamo in forma di pillole, dandone 25 centigrammi di ognuno nell'andar a letto, e trovo nel più dei casi che l'iosciamo è rimedio più certo ed efficace che la cicuta. Se l'anodino comincia a perdere la sua efficacia, non è sempre necessario di crescerne ad un tratto la dose, perchè l'istessa quantità continuerà spesso ad agire se combinata con una pozione che contenga etere, o qualche altro simulante diffusivo. Venti gocce dello spirito d'etere composto, e 15 di etere clorico spesso aggiunti all'anodino sopiranno il dolore, che fu dapprima importuno, e procureranno quel riposo che la paziente non poteva ottenere prima. Lo stesso fatto si verifica lungo il corso della malattia, perfino quando gli opiatì a dosi grandi o ripetute sono divenuti assolutamente necessari. Dopo l'iosciamo, in generale provo la canape indiana, perchè, sebbene medicina incerta e il cui effetto sembri assai modificato dall'idiosincrasia della paziente, in generale non rende costipati, né produce cefalea o disordine di digestione tanto come l'opio. La clorodina ha pure molti di questi vantaggi, e sebbene più facile a costipare della canape indiana sola, la sua azione è più certa e la sua influenza men presto evanescente. La belladonna non dà la costipazione, ma cagiona mal di capo, e, data a dosi abbastanza forti da frenare il dolore del cancro, è talora seguita da grado forte di depressione. Veniamo poi all'opio e suoi diversi preparati, e fra essi la tintura, che in generale si tollera più a lungo e col maggior vantaggio. Vi sono particolarità nei diversi casi però che ci fanno preferire talora una forma di questo rimedio e talora un'altra. Credo che le gocce nere producono in complesso meno nausea che gli altri preparati d'opio non ecettuatane la morfina, mentre ad onta delle molte raccomandazioni di quest'ultima medicina, siam talora costretti a intralasciarla a motivo che aggrava molto l'irritabilità della pelle, e dispone all'orticaria, rara ad avvenire nel cancro uterino. Non trovai vantaggi tali dall'uso di suppositorj o clisteri opiatì da indurmi a preferir tal modo da amministrar l'opio a quello di darlo per bocca; ed io posso aggiungere inoltre, che l'uso locale dei vapori di cloroformio col mezzo dell'apparecchio assai ingegnoso di Hardy, riuscì sufficientemente attivo da arrecar molto sollievo alla paziente. Un altro anestetico locale, che però deluse l'aspettativa di coloro i quali come me fecero prova recente della sua efficacia, vien fornito col dirigere una corrente di gas acido carbonico sulla superficie ulcerata. Questo agente si usò a varie epoche negli ultimi 30 anni

allo scopo di attutire il dolore uterino, ma i pochi casi del suo uso attraversero poca attenzione, fino a che il professor Simpson rivolse recentemente l'attenzione a tal soggetto (*). Egli dice i suoi risultati incerti, giacchè in alcuni casi mancò completamente, mentre in altri il successo che ne risultò fu sorprendente ed immediato, ma la sua memoria contiene pochi dettagli precisi circa il suo uso. Se ne fecero esperienze dappoi a Parigi (**) risultando ancor incerta l'azione del rimedio, e talora i suoi effetti essendo di aggravare piuttosto che mitigare le doglie, mentre in pochi casi, cefalea, sonnolenza e abbattimento seguirono il suo uso, sebbene non in grado serio, e cessanti da sè poche ore dopo sospeso. Secondo Bernard, che scrisse ampiamente in merito, i sintomi spiacevoli furono prodotti meno di frequente e in grado minore nei casi di carcinoma uterino, che in quelli in cui il vapore fu applicato a mitigare il dolore derivante da congestione o infiammazione dell'utero. In alcuni casi l'uso continuo del gas per 10 minuti due volte al giorno per parecchie settimane fu seguito non solo da gran mitigazione dei dolori, ma anche da gran miglioramento nello stato dell'utero e da una parziale cicatrizzazione dell'ulcera. In altri casi però la condizione locale rimase inalterata, sebbene per qualche tempo la salute migliorasse in proporzione che diminuivano i forti dolori antecedenti.

Nulla è più semplice che il modo di applicare il gas. In un vaso di vetro, della capacità di mezzo litro e quale si usa per lo sviluppo dei gas, si ponno o carbonato di soda e acido tartarico, o creta di calce e acido solforico o cloridrico, o carbonato di soda e bisolfato di potassa aggiungendovi bastante acqua da ricoprirli, conducendo il gas per mezzo di tubo elastico entro la vagina, mentre un panno applicato alle parti esterne impedisce il suo rapido sfuggire. Bernard, il quale usa 25 grammi di bicarbonato di soda e 20 grammi di bisolfato di potassa, o circa 10 grammi del primo con 8 dell'ultimo, calcola la quantità di gas svolta da questi materiali a circa due litri, svolti nello spazio di 10 a 15 minuti (***).

La mia esperienza dell'uso del gas acido-carbonico in casi di cancro è limitata a dieci casi, in tre dei quali ne seguì sollievo temporario dietro il suo uso, mentre in due le sofferenze sembrarono piuttosto da esso accresciute, e fu perciò intralasciato. Negli altri 5 casi il ristoro non fu considerevole, certo non maggiore di quello che si procurerebbe con una dose comparativamente piccola di un anodino; nè la condizione della paziente fu migliorata in altro modo più di

(*) *Obstetric Works*, vol. II, p. 769.

(**) Vedi gli scritti di Follin, negli *Arch. Gén. de Médecine*, Novembre 1856, pag. 608, e Bernard, *ibid.* Nov. 1857, p. 529.

(***) Un caso di morte dietro iniezione di gas acido carbonico entro la cavità dell'utero è ricordato da Scanzoni a p. 181 del vol. III del suo *Beitrag zur Geburtskunde und Gynécologie*, 8°. Würzburg, 1858. Però il caso non era di cancro, e tutte le circostanze concomitanti sono di natura così eccezionale, che nessuna conseguenza può dedursene, oltre la prova che danno della possibilità della morte di un individuo per l'uso di questo agente.

quello che era da aspettarsi dalla quiete e dai comodi di un ospitale, sebbene d'altra parte col suo uso non si siano prodotti inconvenienti dall'influenza venefica del gas.

L'idea di usare l'inalazione del cloroformio a mitigare i violenti parossismi di dolore uterino, si presenta naturalmente alla nostra mente. Non è però di tanto servizio praticamente quanto poteva prevedersi. Talora il dolore è di tale intensità che il cloroformio appena la mitiga di poco; non di rado si ha nausea e vomito prima che la malata sia pienamente sotto la sua influenza; mentre in un gran numero di casi tanto abbattimento segue al suo uso, ed una così lunga irritabilità di stomaco, che la stessa paziente si rifiuta a procurarsi a sì caro prezzo una sì breve e talora assai imperfetta immunità dal dolore. Pure è uno dei mezzi che possiamo tentare, e in pochi casi è ben tollerato e procura molto sollievo temporario (89).

Le perdite che avvengono nel decorso del cancro uterino domandano l'intervento medico, sia a frenarne il loro eccesso o correggere l'odore ributtante che le accompagna. In mancanza di queste indicazioni, è a desiderarsi nessun intervento oltre quello reclamato dalla pura attenzione alla nettezza, e per la quale l'acqua tiepida è preferibile ad ogni specie di iniezione medicata. Gli astringenti diretti, quali il matico o il tannino, o la decozione di scorza di quercia, sono utili a frenare le profuse perdite sierose che avvengono in alcuni casi di cancro epiteliale, e sono, io credo, generalmente preferibili a tal scopo alle lozioni di piombo, zinco o allume, che producono più spesso dolore, mentre sono di efficacia minore nel frenare la secrezione troppo abbondante. Talora lo scolo, sebbene di carattere mucoso, o muco-purulento, è assai profuso: e questo è spesso diminuito, e la condizione della superficie ulcerata che secerne è migliorata da una lozione acida assai debole, come di due grammi di acido

(89) A calmare i dolori uterini tengonsi pure per efficaci l'acido acetico per iniezioni (1 parte su 500 a 600 d'acqua), ed i preparati arsenicali: vuolsi preferita la polvere arsenicale composta con 4 ad 8 grammi di cinabro polverizzato, 4 di sangue di drago, e 2 di arsenico bianco porfirizzato, e della quale, al momento di servirsene localmente, si fa una pasta a mezzo di acqua gommosa o di glicerina. I tamponi di cotone intrisi nel laudano, in una soluzione di opio o di atropina debbono pure entrare nel novero dei farmaci diretti a sollevare la paziente dai tormenti. Il medico è in questi casi tenuto a mutar formula e rimedio quasi ad ogni giorno, tanto per esplorare ogni mezzo, quanto per lusingare continuamente le speranze dell'inferma, la quale, lorchè vede il medico starsi inerte davanti ai suoi mali, o soffre amaramente del dubbio d'essere incurabile o perde la fiducia nel curante. L'inganno è quivi giustificato dalla tristezza del caso e dalle circostanze: ed è a tal uopo che, oltre i molti mezzi accennati, io ricordo anche le inoculazioni sotto-epidermoidee di solfato d'atropina e l'applicazione di questo farmaco (2 centig. in 60 gram. di burro di cacao per volta) sulla parte esulcerata.

nitrico diluito in grammi 30 di acqua; mentre astringenti più forti o falliscono affatto all'effetto ricercato, o producono aumento di dolore. Talora però una secrezione abbondante da un'irritabile superficie ulcerata viene frenata, e la sensibilità della parte viene diminuita coll'uso di un'iniezione di 2 grammi di solfato di ferro e 6 di estratto di cicuta in mezzo litro d'acqua saturnina; ma in regola generale l'applicazione locale degli anodini alla parte malata è per nulla efficace; e si arreca molto maggior sollievo con agenti di maggior potenza e che tendono direttamente ad alterare lo stato della parte. Così molto ristoro è apportato talora da soluzioni caustiche forti, le quali sono allo stesso tempo un mezzo valido per distruggere l'intenso odore che accompagna lo sfacelo ed il distacco di porzioni dell'escrescenza cancerosa. Una soluzione di 50 centigrammi ed 1 grammo di nitrato d'argento in 30 gr. acqua iniettata d'un tratto entro il tessuto malato ha il doppio effetto di distruggere il cattivo odore e di accelerare la separazione dell'escara. Il suo uso giornaliero per uno o due giorni in generale basta, ma allo stesso tempo una debbole soluzione di cloruro di calce, quale si ottiene con gr. 4 di soluzione e gr. 30 di acqua, o la stessa quantità di fluido di Condry ponno usarsi parecchie volte al giorno coll'effetto di diminuire il fetore e di migliorare la condizione della superficie ulcerata. Nel carcinoma assai avanzato questi rimedii ponno cessare di essere utili o ammissibili, ed allora la lozione con gr. 2 di creosota e gr. 30 di liquido mucilaginoso, avranno un'influenza marcata a togliere l'odore ributtante che aggiunge tanto alle angustie della paziente e di coloro che la circondano (90). Quando la vescica e il retto furono attaccati dal male, siamo sventuratamente ridotti a pure abluzioni e all'uso di lozioni di acqua tepida. Quando ciò non accade, avviene fortunatamente, come già si disse, che la malattia dell'utero spesso rimanga per mesi di seguito stazionaria, e che la paziente sfugga sul finire della vita a molti dei penosi sintomi locali, che la tormentarono durante i primordii della sua malattia.

E questo mi mena a considerare da ultimo il metodo da seguirsi nella *cachessia cancerosa*, di quei sintomi cioè di disordine generale costituzionale, che derivanti da causa irremediabile, sono certi alla fine di eludere la nostra scienza. I più, e i più calamitosi dei sintomi della paziente, si riferiscono allo stato delle sue funzioni digerenti. Colla perdita di sangue non solo se ne vanno le forze, ma la digestione istessa diventa in generale affievolita. In alcuni casi invero,

(90) Fra tutti i disinfettanti io ho trovato più prontamente efficaci le soluzioni di 3 a 5 grammi d'ipermanganato puro di potassa (badando di non servirsi mai di quello del commercio) in 1000 di acqua, e l'altra di 5 a 6 grammi d'acido fenico in un litro d'acqua: coi quali liquidi o si fanno iniezioni vaginali, o si inzuppano tamponi di filaccia da introdurre in vagina.

come in quelli di cancro epiteliale, in cui i sintomi più marcati sono quelli di pura anemia, il ferro è spesso ben tollerato ed è allora di molto servizio. Io uso di solito il citrato ammoniacale di ferro a dosi di centigr. 30 tre volte al giorno, propinandolo in qualche medicina effervescente, come il citrato di ammoniaca. I preparati marziali più forti, o le grandi dosi dei più miti, spesso non si affanno, producendo cefalea e stato febbrile. L'appetito in diminuzione viene talora reintegrato per qualche tempo dai preparati di corteccia peruviana; ma meglio dall'infuso, o da piccole dosi del liquore di cicona combinato agli acidi, che non dal chinino, il quale in molti casi non è tollerato. Un composto che spesso conviene è l'acqua regia (acido nitromuriatico) nell'infuso di capi di garofani o di corteccia d'arancio; mentre durante l'intero trattamento della malattia, i nostri rimedii non solo devono essere miti in qualità, ma anche in quantità.

Nel maggior numero dei casi lo stomaco dopo qualche tempo diventa irritabile e la lingua si rende scorticata, rossa e aftosa. L'irritabilità dello stomaco è alleviata dal prendere cibo e bevande fredde, dal prendere qualche pezzetto di ghiaccio, da assai piccole quantità di bibite effervescenti, o da vini spumanti, quali il Champagne o lo spumante Mosella (Asti). Talora anche un senapismo od un vescicatorio leggero all'epigastrio e perfino l'applicazione di una compressa imbevuta nell'aceto di opio arrecano sollievo. Può provarsi l'acido idrocianico, e talora con effetto, ma i suoi benefici effetti sono più sentiti di solito se combinato coll'etere che dato solo. Il senso di disgusto e debolezza non associato a vomito attivo, che diventa spesso assai molesto col progredire della malattia, è in molti casi lenito dal sale volatile, alla dose da 40 a 60 gocce, o dalla tintura composta di ammoniaca (*).

La dolentatura della bocca però talvolta preclude l'amministrazione di stimolanti, e perfino il prendere cibo diventa causa di molto soffrire. Tale stato è spesso molto lenito dal clorato di potassa, di cui ponno prendersi nel corso della giornata da 7 a 14 gr. in mezzo litro di decotto d'orzo aromatizzato con corteccia di limoni o d'arancio; ma il sapore disgustoso liscivioso che lascia questo farmaco stanca la paziente e ci obbliga a cessarne l'uso. In alcuni di questi casi il bruciore di bocca, il senso di secchezza bruciante delle fauci sono alleviati da una pozione con spermaceti (**) che fornisce pure un conveniente veicolo per i preparati d'opio nei casi in cui avvii diarrea. La diarrea è di solito soltanto un sintomo temporario, e cede quasi

(*) Vedi la formola 9, a pag. 93 del testo presente.

N. 11.

(**)

Spermaceti	ana gr. 0.40
Polvere dragante	gr. 2
Siroppo papavero bianco	gr. 22
Acqua distillata	

Mesci, fa una pozione per una sol volta.

sempre e tollerabilmente presto agli aromatici ed opiat, sebbene, quando si manifesta ad uno stadio assai avanzato della malattia o quando le forze vitali sono molto indebolite, talora uccida l'ammalata. La disposizione alla stipsi è sorgente molto più frequente di angustie, ed è assai importante il non lasciare l'intestino inattivo molti giorni senza ridestare l'azione. Dalla trascuranza di questa precauzione, so di un caso in cui la stitichezza continuò 18 giorni, e la paziente morì con un ventre enormemente disteso e con sintomi non bene marcati di peritonite. Non esisteva ostacolo meccanico al passaggio delle feci, ma si lasciò che si accumulassero finchè la debole forza muscolare dell'intestino fu insufficiente a spingere fuori il contenuto; i purganti irritarono lo stomaco e produssero il vomito senza indurre azione alcuna delle intestina, e alla fine avvenne l'infiammazione del peritoneo, come succede nel caso di strangolazione delle intestina.

Non so di altro ordinario incidente nel corso del cancro uterino che richiegga ora speciale attenzione, ma vorrei che vi fissaste in mente che quando non vi ha da tempo speranza di cura, è ancora spesso in nostro potere di provvedere molto largamente al benessere della paziente, di lenire le angustie, mitigare le sofferenze, le quali diversamente sarebbero affatto insopportabili.

Si è già fatto cenno nell'ultima lezione ai pericoli, che accompagnano la gravidanza o il travaglio, quando sono associati a malattia cancerosa del collo dell'utero. In non pochi casi di questa complicazione, avviene o aborto o parto prematuro, dovuto alla malattia che non permette quei cangiamenti che coll'inoltrarsi della gravidanza devono avere luogo nel segmento inferiore dell'utero. In tali circostanze molto dolore ed emorragia più considerevole dell'ordinario accompagnano di solito l'aborto. Infatti la perdita di sangue è talora così considerevole da produrre la morte della paziente in pochi giorni; mentre se anche è superato questo pericolo e il rischio susseguente di infiammazione peritoneale, la malattia cancerosa in generale progredisce più rapidamente di prima. Eppure i pericoli che accompagnano l'aborto non sono da confrontarsi con quelli che accompagnano il travaglio vicino al termine di gravidanza. In alcuni casi comparvero le doglie, ma l'orificio dell'utero non cedendo, le contrazioni del viscere cessarono di nuovo e la paziente alla fine morì penosamente, dopo una gravidanza protratta per mesi oltre il suo termine. Più comunemente l'utero cede durante il travaglio, o la violenza arrecatagli nel passaggio del feto o la sua estrazione cogli strumenti riesce immediatamente o poco dopo fatale; o a questo proposito havvi il precetto generale che debbasi di regola provocare in questi casi l'aborto o il parto prematuro. La regola è senza dubbio buona, sebbene circa la sua applicazione si debba calcolare l'estensione della malattia, lo stadio della gravidanza all'epoca che la paziente viene sotto la nostra osservazione. Se il male sembra già tanto inoltrato da precludere qualunque ragionevole aspettativa di prolungare la vita con mezzi medici o chirurgici, mentre allo stesso

tempo non sembri osservi qualche ostacolo insuperabile al passaggio del feto, sarebbe miglior consiglio lasciar progredire la gravidanza senza interruzione; inquantochè siccome potrebbe in tal modo salvar la vita del feto, la madre istessa potrebbe più facilmente conservare comparativamente buona salute durante il resto della gestazione, e la malattia far progressi meno rapidi che durante un egual spazio di tempo dopo che l'utero si fosse svuotato del suo frutto. In alcuni casi pure si trova che la malattia è così estesa da offrire un ostacolo in apparenza insormontabile alla rottura delle membrane, o ad ogni altro mezzo per provocare l'aborto; e qui il gran pericolo immediato di agire deve controbilanciare i rischi più remoti di dilatazione.

Quando effettivamente giunge il travaglio, è spesso il caso di fare ampie incisioni dell'orificio dell'utero e del canal cervicale, come il solo mezzo con cui ottenere tal dilatazione delle vie da permettere la nascita del feto. Puro è importante di non essere troppo intempestivi anche in questi casi a ricorrere ad atti operativi. Mi ricordo, anni sono, quando era studente a Parigi, di una paziente che fu accolta alla Maternità in stato avanzato di gravidanza, e sofferente allo stesso tempo di esteso cancro dell'utero. Il professor Dubois accennò il caso alla scuola, e parlò con gran sicurezza della necessità di incidere il collo dell'utero quando avvenisse il travaglio. Contro ogni aspettazione però la bocca dell'utero si dilatò prontamente in modo da lasciar passare il feto, e il travaglio durò solo poche ore. Ciò che avvenne in questo caso, osservai io pure in altre circostanze, dove la parto relativamente piccola del segmento inferiore dell'utero, la quale non era interessata nella malattia, si distese più di quanto si sarebbe creduto possibile, e ad onta dello stato di rigidità del complesso della cervice fece così spazio al passaggio del feto. Ma appena il travaglio sia abbastanza inoltrato da essere realmente persuasi della necessità d'intervenire, o di determinare la direzione in cui si devono fare le incisioni, e la loro lunghezza, ogni ulteriore indugio aumenterebbe il pericolo della paziente senza alcun vantaggio corrispondente.

Si agitò la quistione, se nei casi, in cui la malattia è assai estesa, e gli ostacoli al passaggio del feto o all'uso degli strumenti per estrarlo assai forti, non sarebbe meno pericoloso levare il feto col taglio cesareo? Il dottor Oldham (*) però è, per quanto so, il solo che traducesse tal idea in pratica; e il risultato favorevole del suo caso, per quanto ebbe riguardo all'esito del parto, prova la saggezza della scelta che egli fece. Disperato, invero, bisogna che sia lo stato di una paziente quando di due alternative il taglio cesareo è la meno arrischiata.

Ed ora considerate le indicazioni che, nel gran numero di casi di cancro uterino, noi dobbiamo soddisfare, o il modo migliore di rie-

(*) *Guy's Hospital Reports*, 1851, seconda serie, vol. XI, p. 426.

scrivi, veniamo a concludere l'esame dei diversi processi che furono proposti o per l'esportazione dell'organo malato, o per l'estirpazione della sua porzione affetta, o per ritardare con vari mezzi locali il rapido progresso del male.

Primo tra questi processi dobbiamo considerare l'esportazione di tutto l'utero, sebbene, ad onta di uno o due successi che per poco tempo seguirono tale operazione, la voce unanime della professione la dicasse temeraria e la ponesse tra le operazioni legittime di chirurgia.

Il solo caso che mi sappia di guarigione durevole dopo l'estirpazione completa dell'utero canceroso, è quello in cui Langenbeck il seniore esportò il viscere da lunga pezza procidente in una donna, che visse scevra da malattia per 26 anni dopo (*). In primo luogo però, non è per nulla certo che l'indurimento e l'ulcerazione dipendessero da altro che dall'irritazione del viscere pel lungo trovarsi esposto alle offese esterne; ed anche se ciò fosse, vi ricorderete che la sensibilità dell'utero diventa sì debole pel lungo trovarsi fuori della pelvi, che dai risultati ottenuti quando il viscere fu procidente da lungo tempo non può farsi una deduzione circa al pericolo dell'operazione sull'organo quando è *in situ*. Una congiuntura così favorevole come quella che si trovò nel caso di Langenbeck, e che senza dubbio facilitò il difficile compito di snocciolare l'organo dal suo involucri peritoneale, deve essere estremamente rara, e ben pochi infatti sono i casi in cui la si è riscontrata (**).

Si tentò di produrre artificialmente uno stato di prolasso d'utero e così avvicinarvi alle condizioni dell'operazione che esistevano nel caso di Langenbeck, ma con poco risultato; mentre alcuni esportarono l'organo dalla vagina senza cercare di alterarne la posizione, ed una volta si aprì la cavità addominale e si tolse l'utero attraverso all'incisione. Non fa mestieri che io entri in una lunga critica di questi diversi processi, quando vi avrò detto che, di 25 casi, 22 terminarono male in conseguenza dell'operazione; e che due mesi, quattro mesi, ed un anno furono i rispettivi periodi, durante cui le pazienti sopravvissero nei casi che si dicono riesciti (**).

Dei 22 casi fatali, 4 finirono in sei ore, e 4 altri in ventiquattro

(*) I dettagliati particolari, e i disegni che di questo caso si sono dati, mostrano le apparenze dopo morte assieme a molte importanti cognizioni circa l'operazione dell'attuale professore Langenbeck, nella sua dissertazione inaugurale *De totius uteri extirpatione*, 4.º Gottinga, 1842.

(**) Si ricorda un caso di riuscita estirpazione d'utero, che si dice fosse canceroso, per mezzo della legatura del coltello, eseguita nel 1783 da Marschall di Strasburgo e riportata in *Salzb. Med. Zeitung* 1794, vol. I, p. 136; ed un altro recente di Bellini negli *Annali Universali di Omodei* del 1828, vol. XLVII, p. 355. In quest'ultimo caso l'esportazione dell'utero fu solo parziale. Il caso di Palletta, in cui la paziente morì in terza giornata, riportato negli *Annali di Omodei* 1822, vol. XXIV, pag. 43, non può propriamente comprendersi tra questi casi, inquantochè l'esportazione dell'utero non fu intenzionale, e la malattia sembra fosse piuttosto un grosso tumore fibroso stirante l'utero fuori dalle parti esterne, che non una forma alcuna di affezione cancerosa. Recamier esportò colla legatura un utero canceroso procidente (*Archiv. de Med.* vol. XXX); la paziente guarì, ma morì di dissenteria dopo tre mesi.

(***) Il seguente prospetto dà, io credo, un conto abbastanza accurato di tutti i casi ricordati di estirpazione totale dell'utero in causa di malattia cancerosa.

ore, 7 in due giorni, 2 in tre, 2 in quattro, 1 in pochi, 1 in dieci giorni, e di uno non è riportata la durata della vita, sebbene si dica che la paziente sia morta per gli effetti dell'operazione.

In 21 casi è riportata la causa della morte, e sembra sia stato il dolore o la scossa dell'operazione in 8 casi, l'emorragia in 3, l'emorragia e il trauma in 2, la peritonite in 6, la peritonite e il trauma in 1, e una così detta febbre nervosa in 1 altro caso.

CASI RIESCITI.

OPERATORE	RICHIAMO	Periodo vissuto dopo dalle pazienti
Rocamier . .	<i>Recherches sur le Traitement du Cancer</i> , 1829, vol. I, p. 519.	2 mesi
Sauter . . .	<i>Die gänatische Exstirpation du Canc. Gebärmutter</i> , 1822.	3 mesi
Blundell . .	<i>Lancet</i> , Ott. 1828, <i>Med. Gazette</i> , vol. II, p. 291 e vol. III, p. 197, e nota manoscritta al principio delle sue <i>Researches</i> , ecc. nel Collegio reale dei chirurghi. . .	1 anno meno pochi giorni

CASI INFELICI.

OPERATORE	RICHIAMI	Data della morte dopo l'operazione	Asserta causa di morte
Blundell . .	<i>Lancet</i> , Nov. 22, 1828, vol. XV, p. 255 . .	2 1/2 ore	Trauma
"	<i>Ibid.</i>	9 "	"
"	<i>Ibid.</i>	39 "	"
Langenbeck .	Langenbeck juv., <i>Dissertation</i> , p. 52 . .	24 "	Peritonite
"	<i>Ibid.</i> p. 65	2 giorni	"
"	<i>Ibid.</i> p. 58.	10 "	Febbre nervosa
Holscher . .	<i>Graefe u. Walther's Journal</i> , vol. VI, p. 638 . .	24 ore	Trauma
Wolff . . .	<i>Ibid.</i> vol. VII, p. 478	2 giorni	Peritonite
Siebold . . .	<i>Journal f. Geburtshülfe</i> , vol. IV, p. 507.	6 1/2 ore	"
"	<i>Ibid.</i> vol. VII, p. 600	2 giorni	"
Banner . . .	<i>Lancet</i> , Ott. 11, 1828, vol. XV, p. 57 . .	4 "	"
Lizars . . .	<i>Ibid.</i> Nov. 29, 1828, vol. XV, p. 269 . .	32 ore	Emorr. e trauma
Roux . . .	<i>Archives générales de Médecine</i> , Ott. 1829, p. 238 . .	33 "	Trauma
"	<i>Ibid.</i> p. 211	24 "	Emorr. dolore e trauma
Rocamier . .	<i>Journal Hebdom.</i> , vol. VI, p. 120	2 giorni	Emorragia
Dubled . . .	<i>Ibid.</i> VIII, p. 123	22 ore	"
Dieffenbach .	<i>Chirurgie Opérative</i> , vol. II, p. 800 . .	4 giorni	Trauma e peritonite
Delpsch . .	Boivin e Dugès, <i>Maladies de l'Uterus</i> , vol. II, p. 34	3 "	Dolore e trauma
V. Walter . .	Hillao's <i>Operationslehre</i> , ecc. vol. III, 2. ^a ed. p. 261 Nota	Immediata	"
Warren . . .	<i>American Jour. of Med. Sciences</i> , 1829, vol. IV, p. 536	3 giorni	Emorragia
Bodenstab . .	<i>Neue Zeitschrift f. Geburtshunde</i> , vol. XVIII, p. 232	Immediata	Trauma
Fabri . . .	Forstiep's <i>Notizen</i> , vol. XII, N. 20, p. 319.	Noe	indicata

Ma mentre fatti simili giustificano ampiamente il verdetto della professione circa la inopportunità di tentare l'estirpazione completa dell'utero canceroso, non può passarsi un tal verdetto generale di condanna su quell'operazione meno arrischiata, che mira alla guarigione della malattia in stadio incipiente mediante l'esportazione della parte affetta. Per non divagare in ricerche d'antiquario, possiamo datare l'introduzione dell'amputazione del collo canceroso dell'utero tra le operazioni chirurgiche dell'anno 1802, in cui fu eseguita con buon esito dal fu professor Osiander di Gottinga: Da quell'epoca al 1816, Osiander amputò il collo dell'utero in 23 casi (*), e una così sorprendente rinnovazione di questo processo naturalmente eccitò molta attenzione in Germania. L'operazione però non trovò molto favore tra i compatrioti di Osiander perchè l'emorragia, talora imponente e in alcuni casi fatale, che spesso le teneva dietro, naturalmente spaventò molti dal ritentarla, mentre era inoltre addotto che anche fra le mani del suo inventore falliva più spesso di quello che riescisse. V'erano pure difetti personali di carattere che sembra attizzassero numerosi critici nemici dei detti e dei fatti di Osiander; e quindi, fino a questi ultimi tempi furono ben pochi infatti i casi in cui si ebbe ricorso all'esportazione del collo dell'utero in Germania. In Francia però, dove non v'era l'influenza di tali cause, l'operazione trovò molti fautori, e ricevette la sanzione di Dupuytren, che la praticò parecchie volte. I favorevoli risultati ottenuti da Lisfranc che asserì di aver eseguita l'operazione 99 volte, ed in 84 con successo durevole, ebbero per un tempo molta voga, o pel processo per sè o pel chirurgo che se ne era costituito il clamoroso campione. Non molto dopo però si gettò un dubbio ben fondato sull'accuratezza delle asserzioni di Lisfranc, e Pauly, suo allievo d'altre volte, pubblicò un libro in cui asserì (e le sue asserzioni non furono mai contraddette) (**) che Lisfranc esagerò il numero delle operazioni che aveva praticate e ne falsò i risultati; ed inoltre che in molti dei casi, in cui aveva esportata la cervice dell'utero, la malattia non era canero per niente affatto, ma semplice indurimento del collo dell'utero.

Quantunque non affatto abbandonata, pure tanto in Francia come in Inghilterra, in cui venne talvolta eseguita quest'operazione, cadde relativamente in disuso, finchè fu di recente risuscitata con miglior cognizione di causa, e con più giusta apprezzazione dei casi meglio adatti e di quelli in cui non conviene.

Non vi può esser dubbio che altre volte, in molti casi in cui si amputava il collo dell'utero, non esisteva malattia cancerosa, e vidi

(*) Così riferito in Langenbeck, op. cit. b. 26. nota 5, da fonti ivi indicate.

(**) Coloro che amano seguire i particolari di questa querela, che disonora ambo le parti, ma più ancora Lisfranc, ne troveranno i materiali in Pauly, *Maladies de l'Uterus*, 8.º Parigi 1836 p. 427-481; e Lisfranc, *Clinique Chirurgicale*, 8.º Parigi, vol. III, p. 633-657. La debole difesa di Lisfranc conclude quasi alla confessione di colpevolezza da sua parte.

io stesso escidere la cervice dell'utero, ed esporre la paziente al rischio primo di emorragia e al pericolo consecutivo di infiammazione d'utero per l'esportazione di un semplice indurimento di ta porzione del viscere. D'altra parte l'escisione del collo dell'utero fu non di rado fatta in casi di carcinoma fungoide del viscere; forma di malattia la quale cominciando nel parenchima della parte, ha già fatto molto progresso quando arriva alla superficie, e in generale non prodnce alcun sintomo palese di sua presenza, finchè non si sia tanto avanzata da rendere più che inutile ogni tentativo di sua estirpazione.

Tali furono i due diversi errori per cui quest'operazione cadde in discredito; per l'uno fu eseguita quando non necessitava, per l'altro quando era inutile, senza scopo. Ho però descritto una varietà di malattia maligna a cui è applicabile, ed in cui dessa si trovò molto salutare. Per lungo tempo furono ricordati casi, in cui l'esportazione dell'escrescenza a cavolfiore dell'utero fu susseguita dalla guarigione completa della paziente; e vi sono altre forme di malattia del tessuto più solido o dotato di minor vascolarità, che offrono lo stesso carattere del cominciare alla superficie della bocca dell'utero ed estendersi solo a gradi ai tessuti più profondi. Ora precisamente questi cancri epiteliali dell'utero sono quelli che furono guariti coll'esportazione della parte malata, e credo che l'operazione deve esclusivamente limitarsi a tali casi. E da temersi però che le condizioni, le quali anche in questa forma di malattia autorizzano l'operazione, si riscontrino comparativamente di rado, giacchè sebbene sia stato costantemente all'erta per casi adatti a ciò, mi capitò di osservare due soli casi in cui non si avrebbero potuto esitare circa la convenienza di tal procedere. Una delle pazienti fu operata da Arnott all'Ospitale di Middlesex. Esisteva in quel caso perfetta mobilità dell'utero, cosicchè si provò ben poca difficoltà nel tirare l'organo in basso, fuori dalle parti esterne; mentre il collo dell'utero era di lunghezza sufficiente, e sembrava abbastanza sano alla sua parte superiore, da confermare l'aspettazione che l'incisione potesse cadere su tessuti sani e che la parte malata potesse esportarsi completamente. In questo caso l'emorragia fu assai formidabile, un grosso tronco arterioso versando sangue in abbondanza, e questo fu frenato solo coll'uso del cauterio attuale, mentre che al distacco dell'escara un secondo sgorgo d'emorragia rese necessario il tamponamento della vagina. Superati questi pericoli, il ristabilirsi successivo della paziente fu assai rapido; essa riguadagnò carne e forze, e per circa 6 mesi continuò a godere di perfetta salute. Poi riapparvero sintomi della sua malattia, ed essa morì nel corso di due mesi ed otto giorni dall'eseguita operazione. Anche sei mesi di vita, di speranza, di nessun dolore, di salute o consolazione, non ponno credersi pagati a troppo caro prezzo con un'operazione che, anche senza l'aiuto del cloroformio, non è molto dolorosa, e il cui maggior pericolo, quello dell'emorragia, può in generale essere padroneggiato

se non prevenuto coll'uso del tampone. L'altro caso fu ancora più soddisfacente, perchè la vita si protrasse per oltre un anno, e la morte avvenne allora per un attacco accidentale di bronchite senza che si fosse manifestato sintomo alcuno del rinnovarsi della sua malattia, mentre che l'uso dell'*écraseur* prevenne interamente l'emorragia che era stata così grave nell'altro caso.

Si esegui l'operazione in vari modi, o col tirar l'utero in basso con uncini, da portarlo la parte malata fuori della vulva come nell'escisione dei polipi; o senza spostare il viscere, col tagliare semplicemente la cervice dell'utero, con o senza l'introduzione preventiva dello specolo, sia a mezzo di un bisturi curvo che di cesoje, o di uno strumento speciale adatto a questo scopo, di cui il più ingegnoso è l'isterotomo di Colombat (*). È assai dubbio infatti se uno specolo qualunque possa abbracciare una cervice realmente cancerosa, e lasciar pure spazio per le abili manipolazioni di un bisturi o della forbice. Tutti gli strumenti complicati come quelli di Colombat si ritrovano in pratica soggetti ad obiezioni, cui il loro inventore non prevede mai, e ad onta dell'evidente vantaggio di non complicare più di quanto è assolutamente necessario, preferirei, quando non vi sia molta difficoltà, e può farsi senza violenza, di stirare l'utero in basso prima di tagliarne la cervice (**). Questo deve farsi con una pinzetta ad uncini infissa nel collo dell'utero, come si fa col polipo che si vuol estirpare, e le parti ponno tagliarsi con forbici forti, a punta bottonata, curve nella direzione del manico, non in quella dei loro taglienti, come è delle forbici di Osiander che furono assai usate per questo intento. La posizione in cui si pone la paziente è quella usata per la litotomia; ma il dottor Simpson (***) raccomanda di porla sulla faccia, colle gambe pendenti dal margine del letto come nell'operazione per le emorroidi. La ragione da lui addotta per ciò è assai stringente ed è probabilmente la stessa che indusse Lisfranc a tagliare dal di dietro all'innanzi (****), cioè che siccome il peritoneo discende più in basso dietro il collo dell'utero che sul davanti, v'è molto più rischio di ferirlo con un'incisione fatta dall'avanti all'indietro, che non in direzione inversa. Io però m'immagino che pensando ad un tal pericolo, non sarà difficile l'evitarlo anche non mettendo la paziente in questa così incomoda posizione,

(*) Per la descrizione e il disegno di questo strumento vedi la traduzione di Meigs dell'opera di Colombat, *Diseases of Women*, 8.^o, Philadelphia 1845, pag. 351.

(**) Nello stirar l'utero in basso però devesi usare molta circospezione, giacchè, come osserva Scanlon, op. cit. pag. 254, non è raro che aderenze, risultato di peritonite, esistano tra l'utero e le parti adiacenti perfino nei primi stadii di malattia cancerosa dell'utero. Se queste aderenze vengono lacerate o stirate violentemente, non mancherà di ridestarsi una nuova infiammazione acuta, e Scanlon riporta perfino un caso in cui si produsse nel peritoneo retro-uterino una lacerazione lunga 5 centimetri nei tentativi di trascinare l'utero in basso allo scopo di esportare la cervice cancerosa.

(***) *Obstetric Memoirs*, pag. 180.

(****) Pauly, op. cit. pag. 473, asserisce che l'emorragia riuscì fatale entro 24 ore a 3 su 9 casi, in cui egli assisté Lisfranc. Tale risultato però è affatto fuori di proporzione coll'esperienza generale in questo proposito.

la quale tra gli altri inconvenienti ha quello di impedire la sicura amministrazione del cloroformio.

Sebbene l'emorragia dopo l'operazione sia talora formidabile, e in molti casi sia riescita fatale, sono ancora disposto a pensare che il rischio diretto di vita per perdita di sangue fu esagerato, e che il pericolo della sopravvenienza di flebite o infiammazione del peritoneo è in realtà ben più serio. Una parte del rischio dell'emorragia, però, può ripetersi a causa del modo inefficace con cui non di rado si eseguiva la semplice operazione di tamponare la vagina. Il tamponamento, eccetto durante il travaglio, non può farsi completamente senza l'uso dello specolo. La strettezza relativa della vulva e dell'ingresso della vagina rende l'introduzione della stoppa o del fiocco di cotone un processo assai tedioso; e la parte inferiore del canale è già ripiena, quando la sua parte alta più larga e più estensibile è sì poco distesa, da lasciar ampio spazio pel raccogliersi di una gran quantità di sangue tra l'utero e il tampone, finchè sotto qualche conato di vomito, o qualche movimento repentino, vengono espulsi assieme e il tampone ed un enorme coagulo, e la perdita di sangue erompe di bel nuovo.

Però la questione non è se l'escisione del collo dell'utero in questi casi non sia accompagnato da rischio immediato, ma se tal rischio sia maggiore di quello che si avrebbe da ogni altra operazione eseguita allo stesso scopo. Quel timore dell'emorragia che condusse molti pratici a preferir la legatura al coltello per l'esportazione dei polipi, ebbe pure molto peso nell'impedire l'escisione della cervice, e di conseguenza restrinse i tentativi di cura alle varietà più molli di cancro epiteliale, alla cui esportazione, come a quella della vera escrescenza a cavolfiore, conviene bene la legatura. Usai con vantaggio la legatura e senza alcun sintomo allarmante non già per la cura della malattia, ma per l'esportazione di una massa enorme di cancro epiteliale, che, germogliando dalla cervice dell'utero, occupava e distendeva tutto il canal vaginale. In un altro caso però di malattia meno estesa, in cui vidi usare la legatura colla speranza di effettuare una cura, la paziente morì di flebite; e il dottor E. Watson (*), che raccolse statistiche troppo povere per aver peso in questa discussione, dà il seguente risultato delle sue ricerche. Di sette pazienti operate colla legatura, una morì 4 mesi dopo d'infiammazione d'utero, che minacciò di essere fatale immediatamente, e sarebbe probabilmente riuscita tale se non fosse stata levata la legatura il sesto giorno dalla sua applicazione. In ognuna delle altre la malattia presto ricomparve, ma la vita di una di esse fu salvata dall'esportazione del resto della cervice: operazione che fu eseguita dal dottor Montgomery di Dublino. Su nove pazienti, in cui si escise la cervice dell'utero nessuna morì degli effetti immediati dell'operazione; la malattia ricomparve in tre, in cinque la cura fu permanente; e lo stato di una

(*) *Monthly Journal*, Nov., 1849, pag. 1183.

paziente fu dubbio, giacchè la sua storia non arriva oltre l'11.^o giorno. L'escisione della parte mi sembra il processo preferibile, perchè applicabile a casi in cui la legatura non può usarsi, perchè il rischio primo che l'accompagna è, a dir poco, non più considerevole, mentre la prospettiva di una cura permanente è molto maggiore. Questa opinione sembra inoltre essere la generale; perchè mentre, fin dove so, non vi è ricordo di caso recente dell'uso della legatura dopo la pubblicazione della memoria di Watson, vi sono molti casi nuovi di esportazione della cervice malata col taglio.

* Dalla data dello scritto di Watson, si fecero varie e molte prove per combinare i vantaggi permanenti dell'operazione a mezzo del taglio colla maggior sicurezza reale della legatura a mezzo dell'écraseur. Sembra infatti che questo mutamento nel modo di operare non faccia altro che sostituire un pericolo nuovo al vecchio, ed un pericolo così grave da controbilanciare esuberantemente la sicurezza che dà l'écraseur contro l'emorragia. Sembra così facile tirare entro la catena dello strumento parti non comprese nella sua prima applicazione, che il peritoneo fu leso in parecchie occasioni nel cercare di amputare il collo dell'utero. Quest'obiezione fu di recente fatta contro di esso ad un'adunanza della Società Ostetrica di Berlino dal dottor Mayer, che riportò un caso in cui tale accidente occorre ad una paziente del professor Langenbeek; e nella stessa occasione il dottor Biefel accennò un caso di offesa fatale alla vescica e al peritoneo fatta dallo strumento (*). Un caso di lusione di vagina e protrusione dell'intestino dall'apertura è parimenti riportato dal dottor Breslau (**); ma fortunatamente la sua paziente sopravvisse, come fece un'altra il cui caso venne a mia cognizione e in cui una porzione del peritoneo retro-uterino fu esportata insieme alla cervice malata. Affine di evitare questo pericolo si propose da Simon di Darmstadt (***) che in tutti i casi in cui l'utero ammette di essere tirato in basso fuori degli organi esterni si debbano infiggere uno o due aghi attraverso il collo dell'utero, e l'écraseur sia applicato al disotto di essi. Però egli ripudia l'écraseur assolutamente in tutti i casi in cui l'utero non può essere trascinato in basso all'esterno, sebbene sia dubbio se anche qui l'écraseur a filo metallico del dottor Braxton Hicks o l'applicazione del filo galvanico rovente di Middeldorf non possano servire meglio in sua vece, e schivare il pericolo dell'emorragia senza sostituirvi un nuovo pericolo.

I casi in cui taluno di questi processi è applicabile devono necessariamente essere pochi ed eccezionali; giacchè la malattia ammette di essere ostirpata soltanto quando è comparativamente limitata in estensione, e ad uno stadio relativamente incipiente del suo progresso. V'è dunque in queste circostanze nessuna risorsa fuorchè

(*) *Monatschr. f. Geburtsh.* Marzo 1858, pag. 109.

(**) *Stanzoni. Beiträge*, vol. III, Würzburg, 1858, pag. 80.

(***) *Monatschrift f. Geburtshunde*, vol. XIII, pag. 418-434.

sorvegliare il giornaliero avanzarsi del male? o può farsi qualcosa onde ritardarlo, se non guarirlo, onde alleviare le pene della paziente, e ritardare per settimane o mesi l'inevitabile risultato? Il dottor Giacomo Arnott (*), al cui genio inventivo dobbiamo molti e assai importanti suggerimenti in medicina e chirurgia, crede e produce prove per mostrare che colla sistematica *applicazione di una temperatura assai bassa* alle parti affette da cancro, il dolore di cui esse sono sede può essere grandemente diminuito, il progredire della malattia considerevolmente ritardato, e le ulcerazioni della loro superficie assumere un carattere relativamente sano. Le difficoltà pratiche di applicare le miscele frigorifere così di spesso come è da desiderarsi, ne hanno impedito la prova su vasta scala nei nostri ospitali, mentre si provò un certo sconforto in seguito alla provata inefficacia del freddo nell'annullare il dolore delle operazioni chirurgiche, fuorchè in ben pochi casi e di natura la più semplice. Nonostante una lettera di spiegazione assai gentile, che il dottor Arnott ebbe la bontà di mandarmi, trovai finora assai gravi difficoltà nel tentare l'applicazione di misture ghiacciate nei casi di carcinoma d'utero. Il necessario trasporto dal letto ad un lettuccio, l'incomodo della posizione, la quasi impossibilità di prevenire il bagnarsi della paziente, e la sensibilità della vagina o delle parti esterne, prodotta dalla frequente introduzione di un grosso speculo (il quale, anche quando è di gran mole, di rado abbraccia completamente l'ipertrofica cervice), mi hanno impedito di fare tal numero di esperimenti su questo agente, da permettermi di parlare con qualche confidenza delle sue virtù.

Si usarono nel cancro dell'utero altri agenti più attivi e più facilmente applicabili, ma con risultati così poco decisivi che le opinioni sono molto divise sull'opportunità del loro impiego. Nel concludere riguardo l'uso di alcuno di questi rimedii, non deve perdersi di vista lo scopo per cui in ogni caso vi si ebbe ricorso. Ho già ricordato come una forte soluzione di nitrato d'argento applicato al cancro dell'utero in alcuni stadii della malattia diminuisca l'eccessivo fetore della perdita, e solleciti anche la separazione dell'escara dalla sua superficie, giovando in tale modo i tentativi di cura, che, sebbene abortivi per quanto concerne una guarigione permanente, sono però soste benefiche al corso della malattia. A questo scopo credo che una forte soluzione serva meglio del nitrato fuso, probabilmente perchè sotto tale forma il rimedio penetra più completamente entro il tessuto affetto. Usai pure talvolta il nitrato acido di mercurio per reprimere quelle fungosità che nei casi di cancro uterino non di rado pullulano dall'interno della cervice, e credo che in ambo questi modi l'uso dei caustici fu vantaggioso come palliativo, non come curativo.

(*) *On the Treatment of Cancer by the regulated application of an Anæsthetic Temperature*, 8.° Londra, 1851.

Vi sono alcune forme di carcinoma esterno in cui l'uso dei più potenti escarotici, come il cloruro di zinco, fu di grande servizio; ma appena fa bisogno che vi ricordi come il beneficio ritratto da tali agenti derivasse quasi interamente dalla possibilità di completamente distruggere il tessuto infetto, e come in regola generale la sua distruzione parziale fosse seguita da uno sviluppo della malattia più rapido di prima. Ora nel caso dell'utero è ovvio che la completa applicazione di qualunque sostanza deliquescente è impossibile; che il rischio di offendere le parti adjacenti deve condurre ad un uso inefficiente del caustico, e conseguentemente all'aggravarsi invece che al migliorarsi della malattia. Questa circostanza non ci lascia altra alternativa che ricorrere al cauterio attuale in tutti i casi in cui si intende di far di più che modificare lo stato della superficie ammalata. L'idea dell'operazione è molto più imponente della sua realtà, giacchè non è molto dolorosa per sé, mentre può sempre eseguirsi dietro l'uso del cloroformio; e il solo pericolo reale che l'accompagna, quello di ledere i tessuti vicini per la radiazione del calore, può essere sempre effettivamente riparato coll'uso di uno specchio di legno di bosso (91).

(91) Non è molto che per portare il cauterio sul collo uterino venne ideato un nuovo apparecchio che parmi merita una parola in questo luogo. In esso (fig. 31) l'elemento comburente è il gas illuminante comune, il quale raccolto in un pallone di caoutchouc (a) passa attraverso ad un lungo tubo (b), indi ad un'asta metallica (c) forata nella sua lunghezza, munita di un manico in legno (d) e di un rubinetto (e), per uscire alla estremità di quella da un sottilissimo pertugio ed ivi prender fuoco, formando una esilissima fiammella.

L'estremità dell'asta forata è munita di una fina rete metallica (f) la quale circonda la fiammella e fa l'ufficio dei tubi di vetro nelle lucerne comuni. Riempito di gas il pallone, l'operatore se lo tiene fra le coscie ed esercita così una pressione che regola a seconda del bisogno, e per la quale viene ad essere vivamente alimentata la fiammella.

Impugnata l'asta metallica là dove è rivestita del manico di legno (d), l'operatore guida sul collo uterino la fiammella di gas nel lume di uno specchio di legno o di corno previamente introdotto in vagina. La cauterizzazione in tal modo può esser limitata ad un piccolo spazio e senza interruzione continuata per qualche minuto secondo, agendo così sui tessuti profondi: i quali van'aggi mancano al ferro arroventato, che si raffredda presto e vuol esser mutato, prolungando così l'atto operativo.

Notisi che l'apparecchio a gas ha l'altro vantaggio di impressionare assai meno gli astanti e la paziente.

Uno specchio opportunissimo a difendere la vagina dal calore irradiante del cauterio portato sul collo uterino è quello ideato da Mathieu recentissimamente.

È di metallo (fig. 32), di forma conica, è composto di due parti distinte, separate l'una dall'altra da un intervallo di circa un millimetro, da uno spazio che comunica all'esterno per due tubi laterali (a a). Un sistema di

Non l'ho usato io stesso, ma l'ho veduto usare bastantemente spesso da formarmi un'opinione molto decisa riguardo la quantità di vantaggio che può da esso attendersi, e mi sento soddisfatto nel dire che non v'è pericolo da temere nel suo uso, e che non tende a peggiorare lo stato delle cose. In generale le pene precedenti della paziente ottengono una mitigazione decisa, sebbene spesso molto temporaria; miglioramento che di rado dura più del distacco dell'escara. Una diminuzione nella quantità e nel fetore della perdita continuò in generale per un tempo più lungo; ma non posso dire che finora abbia potuto attribuirvi qualche ritardo nel progresso del male, in parte forse per non averlo ripetuto sufficientemente di spesso, e in misura ancora maggiore probabilmente perchè la malattia era già molto avanzata quando le pazienti vennero per la prima volta in mia cura. Credo però che come altri processi, tendenti ad ottenere la cura radicale del cancro, il cauterio attuale è di rado indicato, eccetto nei casi della forma epiteliale di carcinoma, perchè solo quello è il male che può verosimilmente limitarsi entro confini che possiamo lusingarci di raggiungere con qualche trattamento locale.

Conosco che queste osservazioni non sono abbastanza dettagliate da darci una guida sicura e sufficiente circa al quando, al come ed al quanto spesso questa specie di intervento sia probabilmente utile o possa anche per buona fortuna riuscire attualmente curativa. Esse sono puramente suggeritive della direzione che devono prendere le vostre osservazioni e con cui devono farsi i vostri tentativi. Il vostro e il mio dovere è di non accasciarsi in indifferenza apatica, facendo nulla, provando nulla per la cura della paziente, nell'idea che la sua malattia è una di quelle che sin qui rinserono quasi sempre mortali, ma piuttosto dobbiamo pazientemente, diligentemente e con molto diffidenza dei nostri mezzi d'azione, con attento scrutinio dei nostri motivi, dedicarci alla prova di tutti i mezzi con cui mitigare le sofferenze o prolungare la vita. A ciò ci sprona la nostra comune umanità, e ci obbliga il nostro dovere come medici. È interpretarli male ambedue e molto male, se noi non solo ci accontentiamo di fare nulla, ma ci ripariamo dietro una rumorosa censura della condotta, e una non caritatevole interpretazione dei motivi di coloro che intendono diversamente il loro dovere.

due palloni impellenti* e due condotti in caoutchouc attaccati ai due tubi suddetti, introduce acqua fredda da un lato, la fa circolare nello spazio che divide le due lamine dello specchio, e la assorbe dall'altro lato, mantenendo una corrente fredda nell'interno dello specchio ed a contatto mediato della vagina. Questa disposizione, come si vede, permette di praticare cauterizzazioni prolungate senza che lo specchio abbia tempo di riscaldarsi, offrendo così un strumento assai utile e commendevole.

DE-CRISTOFONIS.

LEZIONE XXII

MALATTIE DELLE PARTI CONNESSE COLL' UTERO. INFIAMMAZIONE E SUOI RISULTATI

Infiammazione delle dipendenze dell'utero o del tessuto cellulare.

Cause dell'affezione; generalmente consecutiva a parto o aborto; sue varie sedi, e modi di terminazione; affezione del peritoneo nel suo decorso, tendenza generale alla suppurazione. — Apparenze morbose.

Rapporto di quest'affezione coll'inflammazione degli ovarii; sua analogia con altre infiammazioni del tessuto cellulare.

Sintomi; doppio modo di invasione. — Formazione del tumore addominale; come avvenga la suppurazione, carattere cronico degli ascessi; varie vie per cui si scarica. — Diagnosi dell'affezione. — Caratteri del tumore intrapelvico, sua somiglianza coll'ematocele uterino. — Abbozzo generale de' suoi sintomi e decorso.

Vi sono molto frasi, le quali sebbene giornalmente usate negli scritti medici, esprimono non solo le opinioni, ma anche gli errori dei tempi passati. Così è del nome di *dipendenze uterine*, applicato da molto tempo a parti connesso coll'utero, alcune delle quali infatti sono a lui secondarie in importanza e sussidiarie alle sue funzioni, ma altre sono fisiologicamente di maggiore momento dell'utero stesso, e originano quegli atti al cui debito esercizio l'utero non serve che come ento sussidiario.

Non temo però che ritenendo la frase di appendici dell'utero o parlando delle loro malattie, si creda che io ignori l'ufficio degli ovarii o intenda che dessi siano di minore importanza dell'utero nel sistema sessuale della donna. Si deve intendere che io uso tale parola puramente come un epiteto conveniente ad esprimere senza molte parole i legamenti larghi dell'utero e tutte le varie parti e tessuti contenute entro di essi o immediatamente connesse ad essi; parti il cui fisiologico valore per ora ci riguarda meno che i mali a cui esse sono soggette.

Parlando delle malattie proprio dell'utero, noi abbiamo prima considerate quelle che sono il risultato dell'inflammazione; ed io credo

cho sarà conveniente di tenere lo stesso ordine, e studiare le affezioni infiammatorie delle dipendenze dell'utero prima di passare ad altri soggetti. Queste ponno essere classificate sotto due capi, secondo che l'infiammazione attacca propriamente gli ovarii od è specialmente limitata al tessuto cellulare nelle vicinanze immediate dell'utero. Nell'ultimo caso i sintomi sono naturalmente modificati secondo la precisa sede del male: la quale, sebbene più spesso interessi il tessuto cellulare tra le pieghe dei legamenti larghi, invade talora quello che trovasi fra l'utero e i visceri adiacenti, o si propaga a quello che tappezza le pareti pelviche, o perfino a quello che giace tra la superficie esterna del peritoneo e i muscoli addominali.

L'infiammazione del tessuto cellulare nelle vicinanze dell'utero ha luogo come conseguenza di aborto o di parto molto più di frequente che per qualunque altra causa. La grande tendenza che ha inoltre a terminare nella suppurazione la rese famigliare ai pratici d'ostetricia fino da remoto epoche o almeno cogli ascessi a cui dà origine, sebbene prevalessse a lungo un falso concetto circa la loro natura. Si imaginò che in generale fossero depositi secondarii, risultanti da una supposta metastasi del latte o da versamento de' suoi elementi quando esisteva nel sangue in troppa abbondanza. Si imaginò pure che tale accidente talora avesse luogo in un punto, talora in un altro, e le sequele più varie del parto furono a ciò attribuite come loro causa od occasione rimota; errore teorico che, come ampiamento prova il saggio di Puzos, *« Sur le Dépôts lacteux »* (*), non impedì la più accurata descrizione di alcune delle malattie più importanti dello stato puerperale.

Col progresso della scienza fu scartata l'erronea opinione, ma le affezioni infiammatorie delle dipendenze uterine cessarono di attirare l'attenzione, o furono sfiorate come casuali complicazioni della febbre puerperale, finchè l'attenzione fu un'altra volta diretta ad esse affatto di recente dai saggi di Doherty, Churchill o Lever in Inghilterra (**), e da quelli di Grisolle, Marchal di Calvi (***) e altri in Francia. Anche al presente però, ad onta della cognizione che questi mali sono compagni dello stato puerperale, il loro accadere indipendentemente dalla gravidanza e dallo suo conseguenze fu in generale apprezzato meno di quel che merita, ed è questa circostanza la precipua ragione per cui io porto ora tal soggetto a vostra cognizione.

Si tentò da alcuni scrittori di fare le differenze tra l'infiammazione delle appendici uterine che avviene dopo il parto o la stessa affezione che sopraggiunge in altre circostanze. Non credo però che questa di-

(*) *Traité des Accouchements*, Parigi 1759. Vedi specialmente pag. 356-366.

(**) *Dublin Journal*, vol. XXII, 1843, pag. 199; *Ibid.* vol. XXIV, 1844, pag. 1; e *Gov. & Hospital Reports*, seconda serie, vol. II, 1844, pag. 1.

(***) *Archives générales de Médecine*, terza serie, 1839, vol. IV, pag. 31-137-293, e *Des Abscess phlegmoneux intra-pelviques*, 8.^o, Parigi, 1844.

stinzione sia richiesta o dai sintomi della malattia o dalla cura che essa richiede nello stato puerperale, sebbene la condizione speciale dell'utero a quell'epoca spesso imparta alle malattie delle sue dipendenze un carattere più acuto di quello che presenterebbe lo stesso male in altra epoca.

Il prospetto qui sottoposto mostra assai chiaro l'influenza del parto o le sue conseguenze nel fare nascere l'infiammazione delle dipendenze dell'utero e del tessuto cellulare a loro contatto immediato. Dimostra pure che quasi sempre, anche quando il travaglio non precede l'infusione, fu prodotta da qualche accidente che agì direttamente sull'utero, come per esempio da aborto o da disordine della mestruazione, mentre soli 7 su 59 furono i casi in cui l'attacco non fu prodotto da qualche male locale del sistema generativo.

Avvenuta dopo il parto	32 casi
" " l'aborto	11 "
" per disordine di mestruazione	7 "
" per stupro e qualche probabile violenza sull'utero	1 "
" per ulcerazione infiam. d'utero	1 "
" senza concomitanza di mal d'u- tero	7 "
	59

In 10, dei 32 casi in cui l'affezione tenne dietro al parto, le pazienti erano primipare; se ai miei casi si aggiungono quelli di Lever, di Marchal di Calvi, e di M. Clintoek, 56 su 112 casi furono di donne sgravatesi per la prima volta. La supposizione, peraltro, che sembra derivare da questo fatto, cioè che il travaglio lungo o difficile predisponga specialmente a questa malattia, è poco sostenuta da ulteriori ricerche, giacchè in 21 dei miei 32 casi, e in 7 su 8 di quelli accennati dal dottor Lever, il travaglio fu sotto ogni rapporto naturale. In 4 de' miei casi fu protratto, sebbene in nessuno fosse necessario l'intervento istrumentale; nel caso di Lover si fece il rivolgimento in causa della presentazione del braccio; in 1 caso de' miei l'estesa lacerazione del perineo sembrò essere stata il punto di partenza di tutto il successivo male infiammatorio; e nelle 4 rimanenti il travaglio fu congiunto a profusa emorragia: accidente che complicò anche uno dei casi di lungo travaglio. Da questi dati, quanto possiamo arrischiare a dedurre si è la preponderanza di frequenza con cui avviene l'accidente nelle primipare ed un aumento di facilità ad accadere quando il travaglio è protratto oltre l'usato, o quando è accompagnato da emorragia. Grisolle esprime la sua opinione che il non allattare la propria prole è una delle più potenti cause predisponenti della malattia, e quest'opinione è molto probabile; ma in Inghilterra è così universale la pratica nelle donne, specialmente

fra le povere, di allattare i loro bambini, che nessuna delle mie osservazioni ha peso in tale quistione (92).

La natura dell'influenza dell'aborto, del disordine della funzione mestruale, o di altri accidenti che direttamente impacciano gli organi generativi è troppo ovvia per richiedere spiegazione. Perchè sotto l'influenza di tali cause una donna venga assalita da violenta peritonite generale, un'altra da malore cronico nel suo decorso e di raro pericoloso alla vita, è forse impossibile spiegare. Però in quanto questa malattia è conseguenza di parto, devesi aver ben presente che è essenzialmente diversa da qualunque delle complicazioni o sequele della febbre puerperale. La febbre puerperale è una malattia di tutta la costituzione, associata a cangiamenti importanti nel sistema circolatorio, probabilmente ad altre alterazioni che ancora al giorno d'oggi non abbiamo scoperte; ma il male locale che troviamo dopo morte non fu la sua occasione, più di quello che le ulcerazioni delle ghiandole del Peyer siano l'occasione o l'essenza della febbre tifoidea. Nella febbre puerperale può esservi evidenza di offesa dell'utero o delle sue dipendenze o de' suoi vasi o del peritoneo, ma v'è questo e qualche cosa di più: e questo qualcosa di più, questo *quid divinum*, το θεϊον di Ippocrate, ha sconcertata la nostra filosofia,

(92) Se il nesso fisiologico e la simpatia esistenti fra le mammelle e l'utero trova alcune prove favorevoli (quali l'ingrossarsi di quelle dietro sviluppo di fibroma nell'utero ed il contrarsi di quest'ultimo sotto l'ufficio del poppare), fu però invocato erroneamente quando si pretese che la mestruazione ricomparsa dietro l'artificiale snobbamento delle ghiandole mammarie a mezzo di pompe aspiranti fosse effetto d'azione diretta sull'utero; giacchè il catamenio è null'altro che conseguenza (come già ebbi a dire) di una funzione fisiologica compita dall'ovajo ed un sintomo apparente della congestione che per sua conseguenza avviene nell'utero: quindi, se l'applicazione delle pompe alle mammelle ha potuto promuovere mestruazione, ciò devesi ad eccitamento diretto portato da quell'atto sull'ovaja, organo presiedente all'evoluzione. Ond'è che non parmi inattaccabile l'idea di taluni i quali vogliono che il non allattare influisca sulla produzione della flogosi delle dipendenze in quanto, per il mancato funzionare delle mammelle, l'utero per primo ne risenta di imperfetta involuzione e indirettamente poi influisca morbosamente sugli organi secondarj interni della generazione.

* Non devesi scordare che contemporaneamente allo sviluppo uterino per la gravidanza, l'ovaja e le trombe acquistano esse pure un aumento nel loro volume per iperplasia e per irrigazione vascolare più pronunciata. Ora nulla di più naturale che, in vista del rapporto succennato fra le mammelle e le dipendenze uterine (l'ovaja in specie), mancato il succhiamento, manchi o si faccia imperfettamente e con lentezza la riduzione, l'involuzione per così dire degli organj secondarj genitali e da qui muova i primi passi il processo flogistico al quale accenna qui l'autore nelle donne che non attaccano il neonato al proprio seno.

Del resto a mio avviso è ben difficile constatare un caso netto, nel quale il mancato allattamento sia stato unica causa di flogosi delle dipendenze uterine: mentre sono convinto che ad una pronta e completa involuzione giovi ed influisca assai l'esercizio di funzione delle mammelle. DE-CRISTOFORIS.

chiuso le nostre ricerche, e stancate le speculazioni dei più ingegnosi teorici che invano affaticaronsi a spiegarne la natura.

Quindi è che queste infiammazioni delle appendici uterine o del tessuto cellulare circostante non ci si presentano nei casi in cui la febbre puerperale ha minacciata la vita, perchè avvienne, o che tal malattia presto uccida la paziente, o che col diminuire dello sconcerto generale del sistema, il mal locale (a meno che il danno indotto sia irreparabile) si rallenti e questo scompaja completamente. Questa malattia d'altra parte comincia quale affezione locale, i suoi primi sintomi sono spesso sì lievi che si cela per giorni o settimane di seguito, la costituzione essendo indotta in simpatia appunto in proporzione della sua estensione ed intensità, e la salute generale ritornando come conseguenza della mitigazione o guarigione della malattia locale.

Sembra non siavi precetto che determini in modo assoluto nè la parte che sarà la sede dell'infiammazione, nè il corso che seguirà talo infiammazione, nè se terminerà colla suppurazione o per buona sorte colla risoluzione. Il tessuto cellulare di tutto il contorno dell'utero può essere la sede del male, sebbene quello compreso nelle duplicature del legamento largo sia interessato, come il sottoposto prospetto dimostra, di gran lunga più di spesso che lo stesso tessuto in qualunque altra situazione, ossia 38 volte su 59 (*).

La tendenza delle recenti investigazioni, inoltre, è di mostrare che da qui o piuttosto dall'ovaja e dalla tromba fallopiana dell'uno o l'altro lato, muova quasi invariabile il male, qualunque sieno le parti eventualmente avviluppate in esse. Inoltre l'infiammazione sembra propagarsi dalle dipendenze dell'utero al peritoneo che riveste la pelvi; spesso essa lega le appendici dietro l'utero, o produce adesioni tra esse e gli intestini, o agglutina assieme le intestina fra di loro, mentre talora nelle cavità irregolari lasciate fra le superficie adiacenti del peritoneo si forma pus o si generano false membrane che uniscono le diverse parti assieme. L'importanza di questa pelvi-peritonite, come la chiama Bernutz, fu da questi molto valutata (**); egli cerca in essa un'adeguata spiegazione di tutti i fenomeni tanto locali che generali, che furono di solito supposti dipendere da infiammazione del tessuto cellulare periuterino, e propone questa soluzione non solo per i casi in cui le parti laterali all'utero sono sede dell'affezione, ma anche per quelli (14 su 59 casi) in cui l'infiammazione sembra aver sede tra l'utero e il retto, perchè qui anche l'intrecciarsi assieme delle intestina può formare nel sacco retto-vaginale un tumore tale da offrire i caratteri supposti appartenere agli ascessi pelvici.

(*) Mi permetto di correggere un'inavvertenza per parte di Aran (Op. cit. p. 680. nota), il quale asserisce che io dico esser sede più frequente di questa affezione il tessuto situato tra l'utero e il retto. La dichiarazione del testo è parola per parola identica a quella che si trova nella precedente edizione.

(**) Negli *Archives de Médecine*, Marzo e Aprile 1857, e poi molto estesamente nel vol. II della sua opera sulle *Malattie delle donne*, già riferita.

Quando però nega la possibilità dell'inflammazione del tessuto cellulare periuterino, ad eccezione di quello contenuto tra le duplicature del legamento largo, egli va più in là di quello che io sia disposto a seguirlo. In 4 de'miei 59 casi il tessuto tra l'utero e la vescica fu la sede dell'inflammazione, la quale in tre casi progredì alla suppurazione, ed il pus così formatosi due volte si se'strada da sè ed una volta fu evacuato col mezzo di un trequarti introdotto attraverso la parete vaginale anteriore. A questi casi è chiaro che non può applicarsi la spiegazione di Bernutz, nè credo che valga per molti casi di tumori retrouterini; mentre riguardo allo stesso legamento largo, Bernutz ammette la possibilità che l'inflammazione e la suppurazione interessino il tessuto tra le sue pieghe.

L'inflammazione in molti casi non si limita alla sua sede primitiva, ma si propaga (non sempre per diretta continuità di tessuto) al tessuto cellulare che riveste la pelvi, oppure interessa quello che è interposto tra i muscoli addominali e il peritoneo, costituendo la peritonite esterna di alcuni scrittori. In questi casi inoltre il male può svanire dalle parti che attaccò originariamente, e la gravità della malattia secondaria può oscurare affatto l'affezione passeggera da cui ebbe origine: supposizione che si affa probabilmente a non pochi casi in cui l'affezione del tessuto cellulare pelvico e di quello esterno al peritoneo sembrò essere idiopatica.

Come le altre infiammazioni, così queste talora passano senza lasciar traccia. Più spesso riescono a produrre un ingrossamento e indurimento permanente, dovuto o agli esiti della peritonite locale od all'effettivo ispessimento del tessuto cellulare che fu sede del male; infine possono finire colla formazione di pus, questo facendosi probabilmente strada attraverso il retto, la vagina o la vescica, e talora entro il cavo addominale. Questo esito di suppurazione sembra esser assai frequente nel caso di quell'inflammazione che tien dietro al parto o all'aborto; e la grande esperienza del dottor M. Clintock (*) mena alla stessa conclusione, giacchè egli la trovò in 37 casi su 70. La mia convinzione, pure formata principalmente su pratica d'ospitale, si è che tal regola vale anche in quei casi in cui la malattia accade indipendentemente da cause principali. Il mio prospetto fa vedere 9 casi su 16 che terminarono colla suppurazione, e in ciò si accorda colle dichiarazioni di Grisolle, che la trovò in 38 casi su 51. L'esperienza generale però, deve confessarsi, non appoggia queste asserzioni. Aran si rifiuta alla loro esattezza (**) e Gallare (***), in una bella memoria, riguarda tal accidente, dietro stato puerperale, tanto raro da averlo trovato in soli 4 casi su 53. Non ho più le opportunità di un grand'ospitale, colle quali controllare e correggere le sue opinioni; ma mi sembra probabile che i casi venuti a mia cognizione in un piccolo comparto d'accettazione all'Ospital S. Bar-

(*) Op. cit. p. 9.

(**) Op. cit. p. 707.

(***) *Du Phlegmon periuterin*, 4.^a Parigi, 1855.

tolomco fossero di natura più grave di quelli che formano la base della tesi di Gallard; e inoltre che molte delle forme leggieri di ciò che Bernutz chiama pelvi-peritonite ponno esser state prese in conto dagli osservatori recentemente, sebbene non sarebbero entrate nei loro calcoli alcuni anni fa.

Mentre adunque indico, come ho già fatto per altre quistioni che riguardano l'argomento, le differenze di opinione che prevalgono, non sono per ora in posizione di modificare la mia asserzione originaria, che cioè il succedere della suppurazione o almeno dell'edema con infiltramento di fluido seropurulento è in tutti questi casi la regola più che l'eccezione, e ciò ancorchè nessuna perdita di materia abbia luogo esternamente (93). La rapidità con cui si forma un tumore tale da essere sentito attraverso le pareti addominali, o altro volto da sentirsi nella vagina, è spiegabile solo dal subito versarsi del fluido nel tessuto cellulare lasso, mentre la sua estensione variante, i suoi limiti mal marcati, il suo scomparire talvolta da un lato per ricomparire dall'altro, tutto serve a dimostrare che, qualunque sia stato il punto d'origine, il male in genere non attacca seriamente la sostanza di qualche organo solido come l'ovario, e servo conseguentemente a spiegare la completa guarigione dell'ammalata e l'integrità consecutiva di tutte le funzioni riproduttive, anche quando la malattia fu delle più gravi e i sintomi apparvero assai formidabili.

La sede originale del male nel tessuto cellulare immediatamente adjacente all'utero è dimostrata dal caso che qui si riporta, in cui ebbi l'opportunità di osservare dopo morto il processo pel quale la natura aveva prodotto la cura di un'infiammazione del tessuto cellulare contenuto entro le duplicature del legamento largo sinistro. Il soggetto su cui si fece quest'osservazione fu una donna giovine che morì di ascesso del fegato 14 mesi dopo la guarigione d'una infiammazione delle dipendenze uterine del lato sinistro. Il risultato dell'esame quando essa fu originariamente ammessa all'ospedale, 6

(93) Non si arriva a credere quanto sia vera quest'asserzione dell'Autore se non dietro una pratica ed un esercizio continuati in un comparto numeroso della specialità; dove dapprima si riconosce frequentemente il flemmone del cellulare pelvico per le molteplici cause atte a provocarlo, e dove un diligente quotidiano esame di tali pazienti ci rivela facilmente l'avvenuta suppurazione pelvica, la quale è seguita da brividi di freddo intercorrenti atipicamente, da facili sudori, da diminuzione (ciò che non par vero, ma che è comune alla peritonite stessa) del dolore locale, da impallidimento cutaneo, da deperimento delle forze; sintomi tutti che durano più o meno, ma sempre per un lungo periodo, giacchè la regressione dell'essudato purulento, la sua trasformazione aliposa, avviene lentamente e in non breve tempo: tanto più poi se le forze e le facoltà generali (fra cui la funzione di assorbimento) furono compromesse da trattamento antiflogistico attivo e ripetuto.

settimane dopo il parto, fu il seguente; l'addome in generale era molle e indolente, ma immediatamente sopra la sinfisi del pube, per l'estensione di circa 5 centimetri al disopra di essa e per circa la stessa distanza trasversalmente, v'era un ingrossamento duro globulare, poco mobile, e sensibile ad una pressione un po' forte. La vagina era calda, la sua parete anteriore a circa 2 centimetri dall'orificio dell'uretra era rigonfia a tumore elastico distinto, che dava la sensazione di contenere un liquido, e protrudeva tanto da restringere il lume del canale per metà circa delle sue dimensioni ordinarie. In questo tumore, che non subiva modificazioni dietro l'introduzione del catetere, si perdeva il labbro anteriore dell'utero; mentre il posteriore era piccolo e naturale. Il lato destro dell'utero era libero da ogni condizione anormale, il gonfiamento esistendo alla sinistra ed anteriormente. L'utero e il tumore quando si comprimevano moveansi assieme, ma poca era la mobilità loro. In pochi giorni il tumore che sentivasi dalla vagina era diminuito dopo una perdita copiosa di pus, e quando la paziente lasciò l'ospedale, dopo la dimora di 6 settimane, si disse che vi fosse nessun'altra condizione morbosa fuorchè un ispessimento al lato sinistro dell'utero, per cui era completamente attaccato alla pelvi.

Le risultanze trovate dopo morte spiegarono questo ingrossamento e diedero ragione della non mobilità dell'utero, giacchè le pieghe del legamento largo, dalla parte alta della vagina alla superficie inferiore del legamento dell'ovario, racchiudevano una massa di tessuto cellulare stipato, di durezza quasi cartilaginea, che scricchiolava sotto il taglio; spesse strisce bianche intersecantisi fra loro in tutte le direzioni e aventi tramezzo ad esse un grasso duro e giallo. Questa massa era molto aderente lungo tutto il lato sinistro dell'utero, sebbene il tessuto uterino non vi fosse interessato in modo alcuno. La tromba fallopiana sinistra era attaccata in due o tre punti da lunghe aderenze all'ovario ed al suo legamento, e il padiglione da quel lato era inspessito e ineguale come per vecchi depositi di linfa. Le trombe fallopiane erano pervie, e gli ovarii affatto sani contenevano parecchie vescicole di Graaf.

Tra l'affezione che stiamo ora studiando e l'infiammazione della sostanza stessa degli ovarii le differenze sono chiare e molteplici. L'estrema rapidità con cui si forma il pus e la grande quantità che se ne secerne in così breve tempo, non sono compatibili colla sede della malattia della sostanza di un organo dotato com'è l'ovario di una capsula fibrosa compatta, la quale, sebbene per la sua elasticità permetta col tempo una grande espansione, non può però in pochi giorni cedere tanto da lasciare accumulare gran quantità di marcia. L'esito dell'ovarite in suppurazione è, io credo, affatto eccezionale. Nello stato puerperale egli è il rivestimento peritoneale degli ovarii che di solito è affetto, mentre quando l'infiammazione anche la più acuta attacca la sostanza di quegli organi, e terminando colla formazione di marcia riesce prontamente fatale, non conduce a molto

aumento del loro volume, ma a rammollimento e completo disfacimento del loro parenchima. Quando si formano in altre circostanze larghe raccolte di marcia entro l'ovario, la loro origine è di solito riferibile a qualche cisti nelle cui pareti si sviluppò accidentalmente l'infiammazione, e tali accessi ovarici in generale rimangono per molto tempo tumori distinti e ben definiti, il cui contenuto ben lentamente si fa strada al di fuori. Infatti in generale l'ovarite non solo è un male assai più cronico dell'infiammazione del tessuto cellulare periuterino, ed è associata a dolore di carattere assai diverso, ma l'ingrossamento dell'organo è quasi sempre insignificante, e la sua situazione è spesso presunta da dolore indotto per la pressione in un punto, più che non sia segnata da qualunque considerevole aumento delle sue dimensioni; mentre l'ispessimento e indurimento delle pareti vaginali, che manca quasi mai nel lato del canale in cui è situata l'affezione del tessuto cellulare, non si trova mai nei casi di semplice infiammazione ovarica.

Io credo che le analogie di queste affezioni debbano piuttosto trovarsi tra quelle infiammazioni del tessuto cellulare le quali, succedendo ad operazioni, progrediscono con molta rapidità, e terminando prontamente nella formazione di enormi quantità di materia costituiscono uno dei più sfavorevoli fra gli accidenti che sfruttano l'abilità chirurgica del più meritato successo. La formazione rapida e la scomparsa talvolta rapida del gonfiamento, mostrano se è necessaria una prova ulteriore, che non si deve a cambiamenti nei parenchimi solidi di alcun viscere, ma piuttosto ad edema od infiltrazione fluida di un lasso tessuto. Questo liquido inoltre, come quello che si forma nelle altre infiammazioni del tessuto cellulare, alla prima non è vero pus, ma una materia tenue seropurulenta, e spesso mantiene tal carattere molto tempo dopo che si è formata in quantità sufficiente da dare al dito la sensazione ben distinta di fluttuazione.

Dunque questi caratteri corrispondono a quelli di infiammazione diffusa cellulare, o edema acuto purulento, come fu sì ben definito dal distinto chirurgo russo Pirogoff (*). Se noi adottiamo questo modo di vedere da lui suggerito, anche i fatti più anormali di tale affezione diventeranno relativamente facili a capirsi. Non ci sorprenderà che la malattia accada più nei deboli che nei forti, che l'emorragia previa o altre influenze debilitanti ne favoriscano lo sviluppo, che spesso con poco mal locale percorra rapidamente i suoi primi stadii e di quando in quando venga di subito ad arrestarsi, ed ogni sua traccia ben presto a scomparire. Dacchè sappiamo, inoltre, che la sede del male non è negli organi sessuali, ma solo nel loro tessuto connettivo, troveremo niente difficile lo spiegare il ristabilirsi della mestruazione, o l'occorrere della gravidanza, o l'esercitarsi regolare delle funzioni generative, anche in seguito a sin-

(*) *Klinische Chirurgie*, Drittes Heft, 8.^o Lipsia, 1854, pag. 36-54.

tomi che sombravano i più imponenti e che pareva avessero prodotto un guasto cui le forze naturali non potessero superare.

In quei casi, in cui l'affezione succede al parto od all'aborto, il suo modo di invasione sembra duplice. O comincia con sintomi ben marcati di disordine costituzionale, come stato febbrile generale o calor della pelle, talora, sebbene non di spesso, preceduto da brividi, e accompagnato da dolore addominale che di rado è molto forte; oppure viene gradatamente, il male locale sviluppandosi quasi impercettibilmente dietro uno stato di convalescenza incompleta; mentre è caso affatto eccezionale che una peritonite puerperale grave preceda l'infiammazione del tessuto cellulare uterino. Nella pluralità dei casi la sensibilità e il dolore, sebbene riferiti principalmente al basso ventre, sono alla prima non limitati distintamente all'uno od all'altro lato, e non di rado il trovare l'ingrossamento, l'indurimento o anche un tumore definito nell'una o l'altra fossa iliaca, è la prima circostanza che dirige l'attenzione della paziente ad un punto qual sede speciale e origine delle sue sofferenze. I sintomi di disordine uterino generale costituzionale, anche quando molto marcati al principio, assai di rado vanno crescendo d'intensità col progresso del male locale, ma, avendo cominciato il secondo o terzo giorno dopo il parto, cessano in capo a due o tre settimane. Questa delitoscenza dei sintomi spesso ha luogo indipendentemente dall'impiego di alcuna cura medica; ma l'apparente convalescenza così stabilitasi è non solo imperfetta sulla prima, ma si fa di giorno in giorno più interrotta a misura che il male locale progredisce, ed allora abbatte presto si manifesta distintamente col dolore addominale, con dolorosa mizione o defecazione, o con qualche altro sintomo che indica chiaramente la sua situazione.

Dipende dalla situazione delle parti interessate il sentire o no all'esterno qualche tumore, perchè, mentre è sempre più o meno manifesto nei casi in cui le parti contenute entro il legamento largo sono la sede dell'infiammazione, manca in generale quando il male è limitato al tessuto cellulare situato tra l'utero e la vescica, e sempre quando è confinato alle parti, nel setto retto-vaginale o vicino ad esso. Il carattere alquanto vago dei sintomi in molti di questi casi e la troppo comune trascuranza dell'esplorazione vaginale, conducono in casi simili a molti errori ripetuti circa la natura della malattia della paziente; errori tanto meno sensibili dacchè vi son pochi mali la cui diagnosi sia più semplice quando l'investigazione si faccia debitamente. Non è facile dire a qual periodo e quanto tempo dopo l'invasione si formi l'ingrossamento tale da essere scopribile dietro esame; ma la mia opinione si è che, sebbene spesso scoperto soltanto dopo il lasso di molti giorni, di solito avviene assai speditamente. Un esame attento anche solo dopo 2 o 3 giorni dal principio dei sintomi, riscontrerà in generale l'esistenza di pienezza nell'uno o nell'altra regione iliaca, troverà che colla pressione il dolore è colà più sentito che altrove, che la percussione in quel punto

dà un suono ottuso o un senso di solidità, non percettibili dall'altro lato. In tali circostanze le sottrazioni locali non solo apportano sollievo immediato alle sensazioni della paziente; ma desse sono accompagnate dalla scomparsa così completa o così rapida del gonfiore da far nascere in noi un dubbio momentaneo se tal nostra impressione della sua esistenza non sia stata un abbaglio. Però il dubbio sarebbe infondato; il gonfiamento era pur troppo reale, probabilmente dovuto all'edema del tessuto cellulare, in cui, senza il nostro trattamento, la suppurazione avrebbe ben presto avuto luogo, come accade infatti nel gran numero dei casi, obbligando allora la paziente a malattia lunga ed a lenta convalescenza. La stessa rapida formazione e rapida scomparsa dell'ingrossamento hanno un altro riscontro nei casi in cui avvengono una specie di metastasi dell'infiammazione, o in cui, per parlare più propriamente, il male in origine situato in un fianco invade senza causa apparente anche l'altro; e le nuove sensazioni dolorose in diversa località sono ivi accompagnato da tumefazione che può essere appena temporaria, oppure può, se l'infiammazione vi continua, diventare così fissa e riuscire tanto permanente come quella dell'altro lato. Non è possibile fissare precisamente i limiti di tempo entro cui può avvenire la risoluzione degli ingorghi. Però la mia opinione si è che tal periodo è assai breve, e che dopo il lasso di pochi giorni al più si hanno cangiamenti assai notevoli verso una rapida guarigione; e penso pure che il pus si forma ben presto, sebbene i processi per cui si fa strada all'esterno siano in generale assai lenti, e ancor più lenti quelli per cui, senza sortita di materia all'esterno, talora si effettua il suo completo assorbimento. Il formarsi del pus non è sempre seguito da aumento sensibile dei dolori della paziente; ed è sorprendente come la costituzione ne tolleri la presenza anche in gran quantità; gli inconvenienti meccanici prodotti dalla pressione dell'ascesso sono non di rado quelli di cui più soffre la paziente, o per i quali è obbligata alla fine a richiedere l'assistenza medica. Così una giovine donna di 25 anni fu ammessa nel 1849 nell'ospedale S. Bartolomeo, ammalata dietro un parto sette mesi prima. Il nono giorno dopo il parto fu presa da infiammazione addominale, i cui sintomi più acuti cedettero dietro sottrazioni, entrando in uno stato di incipiente convalescenza. Essa riprese le sue occupazioni di casa sebbene con difficoltà, e giacque col marito ad onta del dolore che accompagnava il rapporto sessuale. Quando chiese di essere ammessa all'ospedale fu per aumentata difficoltà e bisogno frequente di urinare. Esaminandone l'addome si trovò un tumore ovale nella linea mediana che giungeva a metà tra la sinfisi del pube e l'ombelico, prodotto da raccolta di pus nel tessuto cellulare tra l'utero e la vescica, da dove uscirono 260 grm. dietro puntura fatta nella parete vaginale. La malata asseriva che il tumore esisteva da solo tre settimane; dichiarazione la quale non può erodersi esatta, giacchè non si era mai pienamente ristabilita dalla malattia che tenne dietro al parto, ma che può aversi come prova che l'a-

scesso non aveva prodotto effetti speciali, se non quando, pel suo aumento di mole, cominciò a produrre molestia meccanica e imbarazzo penoso nelle funzioni della vescica.

Un altro esempio dello stesso fatto può addursi nella persona di una donna giovane, in cui la stitichezza dal quarto al diciottesimo giorno dopo il suo primo parto fu susseguita da infiammazione del tessuto cellulare dietro il retto. La funzione dell'intestino fu allora accompagnata da molto dolore, la stipsi alternò colla diarrea, le evacuazioni essendo non di rado miste a pus. Malgrado questi sintomi però essa a poco a poco riguadagnò la sua salute generale, e ritornò la menstruazione, sebbene non regolarmente. Diciassette mesi dopo il parto era andata a vedere il palazzo di Cristallo in Hyde Park; mentre se ne tornava a casa in un omnibus, la scossa del veicolo produsse l'improvviso scoppio di un ascesso, e la perdita dall'ano di circa un litro e mezzo di marcia con striscie di sangue. Per tre mesi di seguito da quell'epoca si verificarono perdite purulente più o meno copiose dall'intestino, dietro il quale era situato l'ascesso, formandovi colà un tumore del volume di un piccolo pomo all'incirca. Il sanguisugio locale ad intervalli e la più assidua attenzione allo stato dell'intestino furono susseguiti dal cessare dello scolo e dalla definitiva completa scomparsa del tumore, di cui sei anni dopo non esisteva più traccia alcuna.

Il trovarsi una raccolta di pus così grande come quella che esisteva in questi due casi è decisamente raro; ma sebbene il volume dell'ascesso in generale non sia grande, non di rado passa allo stato cronico, e svuotandosi in gran parte, per qualche stretto passaggio di comunicazione nell'intestino, la paziente continua per mesi od anni ad avere perdite accidentali di pus per l'ano, la cui origine rimonta a qualche attacco di infiammazione del tessuto cellulare avvenuto anni prima. Nel caso di una povera donna che morì dietro lunghi patimenti per ulcerazione di carattere quasi maligno attorno all'utero e al retto, si trovò una raccolta di marcia nel mezzo del tessuto cellulare ispessito e ingrossato a lato del retto tra esso e l'utero. Questo ascesso inoltre era tappezzato da una membrana così distinta, così liscia e levigata, da sollevare per un momento la questione se non fosse una cisti distinta, dalla quale si eccitò accidentalmente la suppurazione. Ebbi in cura anni fa una malata in cui l'infiammazione del tessuto cellulare tra l'utero e il retto essendo passata a suppurazione si credè conveniente di pungere il tumore che si trovava in vagina. Con tal processo non si evacuò che circa 60 grammi di un liquido seropurulento, ma dalla puntura scolarono per sette settimane di seguito parecchi grammi di pus giornalmente, la sua quantità però diminuendo, e lo scolo alla fine cessando completamente a misura che la paziente progrediva verso la guarigione, e che il tumore dietro l'utero diminuiva. In un altro caso, eventuali perdite marciose ebbero luogo dall'intestino, e spesso eravi pus misto colle feci, cinque anni dopo i primi sintomi d'infiammazione del tes-

suto cellulare periuterino, i cui esiti cronici orano ancora palesi in un tumore che era strotatamente adeso e all' utero e al retto. Questi ascessi cronici in generale si costringono, e i seni fistolosi che ne derivano si obliterano gradatamente; ma di quando in quando se ne hanno delle eccezioni, due delle quali vennero a mia cognizione; e il dottor Simpson (*) riportò qualche caso assai importante in cui si formano permanenti comunicazioni fistolose tra l' ascesso conseguente ad infiammazione del tessuto cellulare pelvico, e la vescica, l' utero e il canale intestinale.

Di spesso, sebbene forse non sempre, la formazione di ascessi aventi un carattere così cronico, come quelli ora riferiti, si può prevenire se si conoscesse da principio la natura del male. Inoltre la diagnosi non è molto difficile se si rifletta che ogni qualvolta accadono sintomi febbrili male definiti dopo il parto o l' aborto, accompagnati da dolori addominali, esiste probabilmente infiammazione nelle vicinanze dell' utero, e ciò ancorchè il disturbo costituzionale non sia molto, nè il dolore per nulla grave. Ora se la sede dell' infiammazione è il legamento largo, si troverà dapprima nell' una o nell' altra regione iliaca un senso vago di pienezza, la percussione in tal luogo darà un suono ottuso, e la pressione vi sarà dolorosa; e più tardi un gonfiore più definito. Però questo gonfiore non è mai così circoscritto che si possano delinearne distintamente i contorni, e non è mobile come un tumore fibroso dell' utero o come un ovario ingrossato, ma lo si sente come una massa dura estendentesi lateralmente alla superficie interna della parete pelvica, e ad essa solidamente aderente, giungente in basso entro la cavità pelvica, cosicchè non può sentirsi il suo contorno inferiore, mentre che il suo margine superiore ed interno sono ambedue debolmente marcati; l' ingrossamento in queste situazioni sembra piuttosto decrescere a gradi che cessare subitamente. Le dimensioni di questo rigonfiamento sono sempre maggiori da destra a sinistra che dall' alto al basso, diversamente sotto questo riguardo dai tumori dell' utero e degli ovarii; la sua superficie è eguale ma assai dura; sembra superficiale; le pareti addominali non sono facilmente mobili sopra di esso, ma spesso sembra che siano ad esso aderenti. Tali sono senza dubbio le cose in alcuni casi, ma la stessa sensazione viene assai spesso comunicata alla mano nei casi in cui non v' è ragione alcuna per credere che abbia avuto luogo aderenza tra la superficie di contatto del peritoneo; mentre inoltre la rapidità con cui in alcuni casi vien tolta l' apparente unione, dimostra che dipende da qualche causa di natura molto più temporaria. È mia opinione, che sia da ripetersi in parte da edema del tessuto cellulare posto tra i muscoli addominali o il peritoneo; edema che termina non di rado nella suppurazione, e costituisce così ciò che fu detto peritonite esterna, ma che in molti casi non è che un compagno dell' infiammazione dei tessuti

(*) *Obstetric Memoirs*, vol. I, pag. 232.

più profondi, aumentante a misura che quello progredisce, rimanendo stazionaria quando quella si arresta, e scomparendo rapidamente quando quella comincia a risolversi. Una sensibile diminuzione della pienezza generale dell'addome ed un senso di mobilità delle pareti addominali al di sopra del tumore sono i primi segni del miglioramento della paziente, o quello che spesso precede di molto qualunque alterazione nel volume e nel contorno della tumefazione (94); mentre

(94) È comune l'errore che ritiene la cessazione del dolore, ad onta della persistenza dell'intumidimento intrapelvico, sia espressione di arresto del processo locale e di ristabilimento incominciato, dimenticando un fatto comune ai processi flemmonosi, nei quali appunto lo scemare dei patimenti è il più delle volte compagno della incominciata fusione marciosa. Né tampoco devonsi avere in gran calcolo i brividi di freddo ed il dolore pulsante, accennati comunemente quali segni di iniziata suppurazione; la suppurazione dei flemmoni pelvici è così spesso subdola, muta d'espressione da obbligarci a diffidare della mancanza dei segni comuni alle suppurazioni. L'intumescenza intrapelvica si mantiene tuttora identica per volume, resistenza e sensibilità, eppure la suppurazione esiste già e tacitamente progredisce, per non dar segno di vita se non quando fa capo in qualche punto. In aggiunta agli esempi storici dei pratici comprovanti questo asserto, io ricordo un caso dei più salienti, da me seguito in tutto il suo andamento nel comparto speciale dell'Ospitale Maggiore di Milano. Era una donna maritata la quale pochi giorni dopo il primo parto, ad utero incompletamente involuto, fu colta da flemmone del cellulare pelvico, i cui fenomeni acuti cedettero ben presto con qualche sanguisugio all'addome e riposo. Ritornata alle proprie abitudini, fu bene per 30 giorni, non lagnandosi che di senso di pesantezza e di occupazione intrapelvica. Io la vidi in non buone condizioni generali, emocasi deteriorata, segni fisici e razionali dell'anemia, persistenza di intumidimento perinterino, matrice poco mobile e di volume assai superiore al normale (12 cent. e 1/2), resistenza profonda nelle regioni inferiori del ventre (uterina ed ovariche); mancavano affatto i segni della suppurazione e si fece diagnosi di essudato pelvico, consecutiva a flemmone del cellulare perinterino. Si istituì una cura solvente esterna (semicupi con acqua naturale jonica di Miradolo): il volume dell'utero in capo a 25 giorni era d'assai diminuito (cent. 6 1/2) la immissione intorno ad esso ancora la stessa per estensione, resistenza e poca sensibilità: quando, purgata un giorno per stipsi prolungata, ed avute tre scariche, il giorno susseguente, sentendosi per bene come di solito, verso sera improvvisamente venne a mancare di vita sotto il movimento dello sporgersi lateralmente dal letto per prendere qualche cosa dal vicino tavolino di notte. Alla sezione due cose ci sorpresero: la presenza di una *degenerazione adiposa del cuore avanzatissima* (causa di sincope sotto un brusco movimento e di morte) e la presenza di *varii ascessi nel cellulare pelvico sottoperitoneale*, alcuni dei quali contenevano pus fluido di buona qualità, altri pur trasformati in adipi: il più vasto ascesso trovavasi fra la vescica e l'utero: il peritoneo, nei suoi fondi ciechi anteriore e posteriore all'utero, era coperto di uno strato albuminoso-grassoso (pus convertito in adipi): i legamenti larghi ispessiti d'assai: le tube e le ovaie anormali. Inavvertita per mancanza di segni fisici e razionali la

dappoi, a misura che diminuisce il suo volume, le antecedenti aderenze tra esso e la parete pelvica diventano meno solide, e il suo nesso principale si sente essere non coi lati della pelvi, ma con un corpo nel suo centro; in altre parole coll' utero istesso. Fino all' ultimo la incertezza di contorno, già rimarcata come caratteristica di queste tumefazioni, continua a contraddistinguerle, e un senso dubbio di pienezza nella regione iliaca rimane lunga mezza dopo che ogni altro segno della loro presenza è scomparso.

Quando avviene la suppurazione, la materia si fa strada all' esterno dalla vagina o dal canale intestinale, in quasi tutti i casi in cui l' infiammazione è limitata alle parti comprese entro i legamenti larghi. In quei casi però, in cui il tessuto cellulare della pelvi è interessato, non di rado la materia si fa strada all' ingiro tra i muscoli o la superficie esterna del peritoneo, e l' ascesso si fa prominente e si scarica attraverso le pareti addominali in qualche parte del corso del legamento del Peparzio, o un po' al di sotto. Accade talora però, che, anche dopo che la fluttuazione divenne distintamente percettibile attraverso le pareti addominali, l' ascesso si rompe eventualmente in vagina o nel retto: in un caso si formò una comunicazione apparentemente in corrispondenza della curva sigmoidea del colon, e, dopo l' evacuazione del pus per l' intestino, si sentiva distintamente per molti giorni la presenza dell' aria nel sacco dell' ascesso.

Nei casi di peritonite esterna semplice, come anche in quelli in cui l' infiammazione in tale località accade simultaneamente a quella delle parti più profonde, la marcia tende naturalmente a scaricarsi all' esterno. La tumefazione nei casi di peritonite esterna è più resistente e tesa di quando il male è più profondamente situato, gli integumenti si fanno rossi, lucidi, pastosi, e questo stato s' estende più profondamente di quando l' infiammazione ha sede nelle parti entro le piaghe del legamento largo, e arriva quasi entro la regione inguinale. La quantità di marcia che si forma in questi casi di solito ammonta a qualche centinaio di grammi, l' ascesso facendo punta in un solo luogo, e scaricandosi completamente da una sola apertura. Talora però nei casi in cui v' è infiammazione del tessuto uterino e pelvico, il tessuto all' esterne del peritoneo si ammala secondariamente; non già per propagazione diretta del male ad esso, ma piuttosto per azione riflessa simpatica, e in questo caso si formano non di rado due o tre raccolte limitate di pus, ciascuna delle quali può richiedere una separata evacuazione.

suppurazione, fu pure inavvertibile anche la degenerazione adiposa del cuore, non avendo in vita dato *alcun segno fisico* di essa.

Ogni dubbio di embolismo fu escluso dietro la diligente sezione anatomica. Tale storia è interessante tanto per la specialità dell' argomento trattato in questo capitolo, come per il lato clinico risguardante la degenerazione adiposa cardiaca.

DE-CRISTOFORIS.

L'esplorazione vaginale fornisce maggiore lume nel caso concreto, occhetto, s'intende, in quei casi in cui è affetta la sola superficie esterna del peritoneo. La vagina è calda, gonfia e sensibile, e secondo la sede dell'infiammazione si sente che la sua parete anteriore o la posteriore è ispessita ed è dura come polpa, e che l'utero istesso è fissato da questo ispessimento dalla vagina più o meno completamente nella pelvi, e allo stesso tempo portato da esso più in alto del naturale, in modo da non potere facilmente essere toccato dal dito esploratore. Siccome il tessuto cellulare entro le duplicature del legamento largo è più soventemente affetto di quello situato in ogni altro punto, così è che questi caratteri sono più marcati nella parte alta della vagina verso l'uno o l'altro lato, e che più spesso si estendono all'ingiro dietro all'utero. Inoltre, ben presto un tumore distinto è percettibile oltre la tumefazione generale, il rigonfiamento e la resistenza della parete vaginale: il gonfiamento poi, se considerevole, respinge l'utero verso la parte opposta della pelvi: se è sviluppato sui lati in generale non si approfonda molto entro la cavità pelvica, e sebbene possa afferrarsi tra le mani all'esterno e le dita in vagina lo stato degli integumenti addominali e l'ispessimento del fondo della vagina impacciano l'accurata valutazione del suo volume e contorno. Se il male si estende, come spesso avviene, o sul davanti o sul di dietro, assai facilmente si forma un tumore bene definito, ed esso è di solito più grande e più distintamente circoscritto quando è situato dietro l'utero che quando occupa il tessuto cellulare sul davanti del viscere. Se l'infiammazione ha sede nel tessuto cellulare tra l'utero e la vescica e lungo la parete vaginale anteriore, allora troviamo lo stato di indurimento, di ispessimento e di tumefazione della vagina che arriva in basso fino all'orificio suo, e la bocca dell'utero spinta quasi fuori del campo d'esplorazione da un gonfiore sul davanti di essa, non distintamente circoscritto, ma estendentesi nella sostanza della parete vaginale anteriore ingrossata. Se si forma in tal posizione molto più, desso non aumenta di molto, a quanto pare, il volume del tumore pelvico, ma forma un tumore distinto ben marcato tra l'utero e la vescica che s'innalza fuori della cavità pelvica, e può sentirsi attraverso le pareti addominali occupando tale situazione, ed avente gran parte del contorno della vescica alquanto disteso. Quando invece ha sede dietro l'utero, il succedere della suppurazione può dare origine a tumore pelvico il più marcato, perchè in questa situazione v'è maggiore ostacolo che altrove all'estensione del gonfiore all'insù fuori della pelvi, mentre il tessuto cellulare nel setto retto-vaginale è più lasso o più abbondante che in ogni altra parte delle vicinanze dell'utero. Qui anche si forma presto la suppurazione, e si forma un tumore che occupa tutta la parte posteriore della pelvi, sporgendovi come fa un tumore ovarico quando è situato nella borsa retto-vaginale: è però di forma più allungata, meno globosa, e mentro è in generale teso, ordinariamente cedevole in un punto percettibile

dalla vagina e dal retto, produco una sensazione particolare di mollezza, che suggerisce l'assottigliamento delle sue pareti in tal parte e che la materia possa verosimilmente farsi strada in tal situazione. Inoltre la bocca dell'utero si troverà fuori del campo d'esplorazione più completamente di quello che sarebbe per una cisti ovarica ordinaria di eguali dimensioni: e il tumore istesso che arriva più in basso, più vicino all'orificio della vulva, non è puro gonfiore situato nel cul di sacco retto-vaginale, ma si forma nella stessa sostanza del retto, dove naturalmente la marcia gravita maggiormente all'imbasso.

Non penso si possa commettere errore alcuno usando discreta attenzione alla natura di questi tumori, eccetto nei casi rari di stravaso di sangue nel tessuto cellulare retro-uterino, denominati *ematocoele uterino*; in tal caso il tumore rassomiglia assai a quello prodotto dalla suppurazione nella stessa località. La rapidità dell'invasione dell'ematocoele uterino, la sua indipendenza dall'aborto o dal parto, e in generale la mancanza di ispessimento e indurimento della parete vaginale, attorno al tumore, io erodo, ci abilitino di solito a distinguere queste condizioni fra di loro; mentre fortunatamente una diagnosi anche sbagliata non potrebbe cagionare alcun errore pratico di entità.

Non è necessario seguire l'ulteriore progresso di queste tumefazioni, eccetto forse per aggiungere due precauzioni: la prima, che la sensazione di un fluido in esse contenute non di rado è ingannevole, almeno per quel tanto che sembrerebbe implicare in molti casi l'esistenza di uno stato di edema generale del tessuto cellulare, e non una distinta raccolta di materia che puossi evacuare col tre-quarti; la seconda, che anche dopo lo svuotamento del pus v'è di rado quella gran diminuzione immediata del tumore che se ne aspettava in anticipazione; ma l'ingrossamento del tessuto cellulare che rimane indietro non solo è considerevole, ma impiega molti mesi a dissiparsi intieramente.

I sintomi della malattia, anche dopo pionamente sviluppata e dopo la formazione di un tumore distinto, non sono in generale di un carattere decisamente definito. La condizione della paziente è condizione di debolezza, malessere, stato febbrile con esacerbazioni vespertine, notti inquieti o remissioni mattutine, piuttosto che di molto dolore locale, o molto imponente disordine costituzionale, sebbene, quando l'affezione è durata a lungo, si fa sentire assai nelle forze della paziente, non di rado sopraggiunge la diarrea, e la febbre assume un carattere etico marcato. Il dolore locale varia molto secondo la parte che è maggiormente affetta; il senso di stiramento all'imbasso essendo molto molesto quando è interessato il tessuto retto-vaginale, e il bisogno frequente di urinare assai noioso quando l'infiammazione ha sede nel tessuto tra l'utero e la vescica. In tutti i casi però la vescica simpatizza più o meno coll'infiammazione delle sue vicinanze, o qualche grado di disuria o di mizione troppo fre-

quente sono sintomi che mancano di rado. Mentre in tutti i casi, qualunque sia la sede esatta del male, v'è dolore più o meno riferito alla pelvi, più o meno di sensibilità alla pressione sull'addome, le sofferenze variano di molto in intensità e durata od anche senza una causa ovvia. Un dolore ottuso, un senso di peso e di bruciore sembra esser costante, mentre spesso si produce molta sofferenza per lo sforzo di star in piedi ed anche di star seduto. Talora anche, indipendentemente da ogni causa eccitante, accadono parossismi di dolore di estrema violenza, che durano una o due ore e poi si calmano per ritornare l'indomani o più presto, che sono egualmente violenti, e che cedono di nuovo spontaneamente. I dolori più forti hanno in generale luogo prima che si possa distinguere la presenza della fluttuazione nel tumore, mentre in seguito durante il lungo periodo che passa prima che il contenuto dell'ascesso trovi un'uscita, sebbene il disordine costituzionale possa diventar molto serio, il dolore locale in genere diminuisce. Col fluire della marcia il sollievo ottenuto è di solito molto più sentito, sebbene ciò accada di rado in uno sgorgo subitaneo, da produrre sollievo istantaneo; l'apertura di comunicazione dell'ascesso essendo piccola, per le più la materia sfugge solo in quantità piccola; o essendo versata nel retto, vi si raccoglie intanto che se ne sono accumulate alcune centinaia di grammi, che vengono espulsi in qualche sforzo di defecazione, mentre per giorni e settimane consecutive il pus è mischiato colle feci, o una poca perdita di esso precede il loro passaggio. Nei casi in cui il tessuto cellulare tra le pieghe del legamento largo è sede dell'infiammazione, come anche in quei casi in cui è affetto il tessuto retro-uterino, l'uscita del pus in generale ha luogo pel retto; assai di rado invero dalla vagina. L'apertura di comunicazione coll'intestino è di solito all'imbasso, sebbene al disopra dello sfintere interno: e sebbene di solito sia troppo piccola per essere scoperta, la sua posizione può calcolarsi con abbastanza accuratezza, giacchè il dito riscontra qualche punto nel tumore in cui le pareti sono molli e cedevoli. Una volta un ascesso iliaco alla sinistra, in cui si sentiva distintamente la fluttuazione mentre il rossore dei tegumenti addominali e la loro aderenza col tumore facevano credere che volesse scaricarsi all'esterno, scoppiò nell'intestino, e la comunicazione era libera tanto da lasciare entrare l'aria nel sacco dell'ascesso, in cui si sentì per parecchi giorni la eripitazione distinta.

Nel frattempo la suppurazione progredì nel tessuto che sta sotto i muscoli addominali, e vi si formò un ascesso marcato, che fu poi evacuato col taglio. Due volte anche vidi un ascesso scaricarsi dalla vescica sebbene tale accidente non fu finale in ambo i casi; giacchè in uno formossi un ascesso all'esterno, e nell'altro si aperse parimenti nel canale intestinale, e la paziente soffrì di diarree per parecchie settimane con emissione di pus dall'ano. In questi casi però, ed anche in altri in cui (dopo che un ascesso abbia fatte punta o siasi aperto in un punto, il pus poi si fa strada in un altro) è molto

dubbio, io credo, se ambo le perdite derivano dalla stessa origine, o se non vi siano due ascessi separati perfettamente indipendenti l'uno dall'altro, e l'uno anteriore all'altro nella data di sua formazione. La disposizione di quest' affezione non solo ad estendersi per continuità diretta di tessuto, ma anche ad attaccare tessuti analoghi anche quando non contigui, è uno dei fenomeni della malattia di cui si è già parlato, e che molto aggiunge alla sua gravità e ci impone la necessità di vigilare attentamente le nostre malate per lungo tempo anche dopo che sembrano pienamente in via di convalescenza.

Il progresso graduale della paziente verso la guarigione durante la perdita dell'ascesso, o i lenti processi per cui l'ingrossamento e l'indurimento delle parti affette si riducono a gradi, non sono accompagnati da sintomi richiedenti speciale descrizione. La loro storia è quella di una convalescenza tanto noiosamente lenta in alcuni casi, quanto è veramente rapida in altri casi in cui il male fu veduto e conosciuto e debitamente curato fino dal suo principio. La disposizione alla recidiva, inoltre, e alla riproduzione di nuovo male nella sua vecchia sede, o all'accendersi dell'infiammazione in qualche parte dapprima illesa, non dove essere mai perduta di vista, tanto per regolarne la prognosi quanto per dirigerne la cura (95).

(95) Intorno alla recidiva del flemmone del cellulare pelvico e delle dipendenze uterine, credo non infruttuoso lo spendere alcune parole, allo scopo di correggere un' errore che di spesso viene preso in proposito. Ogni rincredulimento del dolore locale, ogni ricordo, dopo la guarigione, delle prime sofferenze, sensibilità delle regioni inferiori e laterali dell'addome, senso di tensione, dolori a forma colica riferiti specialmente all'una od all'altra regione ovarica, accompagnati da movimento febbrile, sono tutti fenomeni che facilmente si interpretano come significato di recrudescenza, di recidiva della prima affezione flemmonosa: e pertanto vengono tosto messi in attività mezzi curativi energici, salassi, sanguisugli o bagni allo scopo di jugolare il processo flogistico nel suo esordire. Io posso assicurare, perchè più e più volte la pratica mi fornì occasioni propizie, la recidiva del flemmone non essere tanto frequente quanto si ritiene dai più, e, anzichè a questa cagione, a ben altro doversi attribuire il complesso di patimenti qui ricordato.

Si dimentica dai più un'altra condizione abituale in queste pazienti, capace di dare una sindrome simile, in gradi elevati ed imponenti, voglio dire la *coprostasi*: e così non si porta il pensiero alla *dilatazione del colon*, alla *pressione* che le feci indurite e raccolte in masse abbondanti esercitano sui tessuti intrapevici infiltrati di essudato, al dolore che ne viene quivi provocato, che si fa sentire nella *precisa località* della prima invasione e che ha un'intensità poco minore della primitiva, infine alla *ripienezza* di ventre ed al *senso di peso* che ne derivano. Nè questo modo di interpretazione è basato su semplice congettura, bensì è convalidato dall'esperienza, la quale m'ha fatto più volte contento di aver agito di conformità nella medicazione, ricorrendo a qualche purgativo, a clisteri ed a semicupj, e più ancora contento d'aver risparmiato una sottrazione di sangue inutile: perchè il fatto

m'ha non poche volte mostrato il cedere rapido dei sintomi suddescritti dietro una o due scariche alvine; le quali sempre sono di materie fecali indurite, di sibale secche d'antica data, e che in quantità grande, talora sorprendente, sono rese dall'intestino in più e più riprese ed in diversi giorni. Diverse pazienti, le quali avevano subito trattamenti attivi per simili supposte recidive, venute di poi in mia cura ebbero la prova della inutilità di quelli (da esse stesse reclamati per pura abitudine) e del pronto vantaggio che procurava l'artificiale svuotamento delle ultime porzioni d'intestino. Non sarà mai abbastanza raccomandata la prudenza ed una certa ragionevole cura aspettativa in queste circostanze, giacchè, oltre che non può la sottrazione di sangue jugolare il processo flogistico (dato che quelli ne siano i veri segni), oltre che nessuna urgenza v'ha per agire, oltrechè il dolore in ogni caso non è così presto sollevato col sanguisugio quanto lo è colle applicazioni ghiacciate sul ventre e dai narcotici topici ed interni, devesi pur sempre tener calcolo della prostrazione di forze, dell'esaurimento organico nel quale si trovano simili pazienti a motivo dei lunghi patimenti primitivi, dei patimenti spesso troppo energici subiti, e delle suppurazioni interne probabilmente avvenute, pur senza segni esteriori. Ogni sottrazione ulteriore di sangue sarebbe nocivissima all'emocresi, mentre che è infruttuosa contro la causa dei nuovi patimenti, la compressione cioè da coprostasi. Il ghiaccio sul ventre, i clisteri di laudano, i clisteri purgativi ripetuti, i blandi eccoprotici a dosi rifratte varranno nell'acutezza dei fenomeni: in seguito devesi mantenere l'alvo sempre libero a mezzo dei clisteri semplici, delle pillole aloetiche, dell'infuso di foglie di senna quotidianamente posti in uso, fino a ristabilimento dell'abitudine nella funzione escrementizia.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE XXIII

MALATTIE DELLE DIPENDENZE DELL' UTERO. INFIAMMAZIONE E SUOI ESITI, E PROCESSI AFFINI

Infiammazione delle dipendenze uterine: — del tessuto cellulare. — Casi eccezionali; consecutivi a peritonite senza special disordine d'utero; importanti, ma facili a perdersi di vista.

Trattamento nello stadio recente: cura della convalescenza. Nello stadio cronico; questione della puntura: l'indugio in generale da consigliarsi; trattamento dei postumi.

Emorragie intorno all'utero od ematocele uterino. — Sede e cause dello stravasamento di sangue. — Sintomi e decorso, cangiamenti nel sangue effuso; casi illustrativi. — Diagnosi differenziale; dalla gravidanza extra-uterina; dalla retroversione di utero; da ascessi pelvici, da tumore ovarico, e tumore fibroso dell'utero. — Prognosi e cause di morte.

Cura, meriti relativi dell'azione e dell'aspettazione.

In tutti i casi di infiammazione del tessuto cellulare in vicinanza all'utero, di cui ci occupammo nell'ultima lezione, si parlò della malattia che succede al parto od all'aborto. In casi simili il disordine dei processi puerperali da cui è accompagnata, di solito dà subito notizia del suo accadere all'attento osservatore. L'affezione può però invadere affatto indipendentemente da cause puerperali, e talora, sebbene credo di rado, può essere pienamente senza nesso alcuno con antecedente disordine dell'utero o con previo disturbo delle sue funzioni.

In questi ultimi casi il male locale di solito sembra svolgersi con sintomi di peritonite generale di non molta intensità, i quali quantunque alleviati dalla cura, non scompaiono del tutto, ma sono limitati in estensione, e sono riportati all'utero e alla regione pelvica

dove un esame attento scoprì appunto quegli stessi cangiamenti che avvengono dietro l'infiammazione nello stato di puerperio.

Una donna di 39 anni maritata da 21 anni, gravida tre volte, avente il suo più giovane figlio dell'età di 11 anni, mentre stava occupata ad un pressojo fu presa da malessere, vomiturizione e dolore nell'addome più forte nella parte inferiore. Essa rimase a letto per una settimana, poi ricorse per 10 giorni all'ambulanza dell'ospitale, nel qual tempo le furono applicate mignatte all'addome, e, essendo poi stata accettata, ebbe ulteriore deplezioni e fu sottoposta ad un trattamento mercuriale, che le rese la bocca un po' dolentata. Con tali mezzi furono alleviati i suoi sintomi più gravi, ma siccome non era guarita, essa passò in mia cura dopo 10 altri giorni, appunto un mese dal principio della sua malattia. A tale epoca la gravasi alla parte inferiore dell'addome di dolore assai forte, che si estendeva ai lombi e che aumentava a parossismi sopravvenienti senza causa; aveva pure continua nausea dopo il cibo o la bevanda, ed incomoda diarrea. Il ventre era disteso e in totalità timpanitico, ma la percussione dava un tuono ottuso nella regione iliaca destra, sebbene non vi si scoprisse un tumore distinto. Coll'esplorazione vaginale si trovò l'utero portato all'innanzi e a destra, da un tumore di durezza lapidea, di superficie liscia e di forma globulare, estendenti dalle vicinanze della sincondrosi sacro-iliaca sinistra, spingente davanti a sè il retto e da un lato, ed occupante molta parte del distretto superiore. Il tenesmo e il dolore, che accompagnavano i conati frequenti di defecazione, furono per qualche tempo molto crucciosi, ma la comparsa di pus nelle evacuazioni e il suo scolo di tratto in tratto dall'intestino, senza essere accompagnato da feci, furono susseguiti alla fine di una settimana da molto sollievo. Per ultimo dopo sei settimane la paziente abbandonò l'ospitale, il tumore essendo molto diminuito, e l'utero essendo ritornato pressochè nella sua posizione normale, sebbene fosse ancora fisso nella pelvi, come infatti si mantenne per 13 mesi dopo.

In questo caso si offerse l'occasione di sorvegliare il male mentre ancora era in progresso; ma il caso talora ci fa riscontrare esempi in cui, sebbene il male già fatto è esteso, possiamo raccogliere ben poco quanto alle circostanze in cui ebbe origine. Le ricerche ponno anche far risaltare una storia confusa di febbre o di malattia accompagnata da disordine intestinale o da dolore addominale, ma senza male uterino per quanto consta alla malata; e pure l'utero può essere fisso nella pelvi, e l'ispessimento delle parti vicine può chiaramente mostrare che ad un'epoca remota il tessuto cellulare nelle sue adiacenze fu sede di grave infiammazione. In tali casi non v'ha ragione per porre in dubbio la veracità della paziente; i sintomi del male più leggiero erano mascherati da quelli della malattia più grave o forse non erano di carattere importante, e furono notati solo gli ordinari incomodi di una convalescenza tediosa. Essi sono di grande importanza pratica come esempi della necessità di

vegliare attentamente la convalescenza di malate che soffrono di qualche malattia, nel cui decorso può accadere talvolta l'infiammazione addominale. Il male può forse non dissiparsi completamente, ma, con pochi segni che svelino la sua esistenza, può limitarsi a parti entro la pelvi. Può essere allora limitato alla superficie peritoneale dei visceri, agglutinando assieme i diversi organi con salde adesioni, che impediscono l'innalzarsi dell'utero fuori della cavità pelvica, e così nel caso avvenga la gravidanza produrne il termine prematuro, sebbene la sterilità assoluta non sia niente affatto conseguenza rara di tale attacco. Invece di essere limitata al peritoneo, l'infiammazione può interessare principalmente il tessuto cellulare in vicinanza dell'utero e può terminare colla suppurazione, o con osudato e permanente ispessimento, che può restare per molto tempo dopo superato lo stato acuto della malattia, talora perfino dopo essersi completamente dimenticati della sua preesistenza. È nostro dovere adunque di ricordarci tali pericoli; di non prendere il declinare dei sintomi in tali casi come pegno sicuro della loro completa scomparsa; finchè esiste dolore alcuno o malossere riferibile alla parte inferiore dell'addome o nelle vicinanze dell'utero, dobbiamo avere il sospetto continuo della possibile invasione di peritonite circoscritta, o di infiammazione del tessuto cellulare connesso all'utero ed alle sue dipendenze.

Nel considerare il trattamento di quest'affezione dobbiamo ricordarci la differenza fra i risultati che verosimilmente si ottengono prima che la suppurazione abbia avuto luogo e dopo che è avvenuta. Nel primo caso pochi giorni bastano per togliere completamente ogni traccia della malattia; nelle ultime settimane e mesi spesso riesce ad un'incompleta guarigione. Trattati però sia nello stadio acuto che cronico, la prognosi nostra può quasi sempre esser avorevole per quanto concerne la vita della paziente. Quando però la malattia è di lunga durata, è inutile cercar di rispondere intorno alla probabile durata della malattia in una paziente, o del tempo che deve passare prima che gli organi pelvici ritornino al loro pristino stato ed all'esercizio regolare delle loro funzioni sessuali.

Però non è necessario un piano di cura energica quando troviamo la malattia al suo principio per abbreviarne lo sviluppo ulteriore. Dodici mignatte applicate a quella regione iliaca che è la sede del dolore, un cataplasma caldo rinnovato spesso e continuato per trentasei, quarant'otto ore, un mite aperiente, qualche mite medicina ebbriefuga, o gli opii per debellare il dolore e assicurare alla malata un tranquillo riposo nella notte, e infine una dieta in generale moderata e non stimolante, sono i mezzi semplici ed io credo pienamente sufficienti per combatterne i sintomi. Se il dolore e la sensibilità non fosser tolti dalla prima deplezione, devonsi riapplicare sei sanguette entro le 24 ore successive, ma la frequente sottrazione sanguigna non è da adottarsi. La sensibilità ed il dolore che talvolta rimangono anche dopo aver sottratto sangue nella quantità

ereduta conveniente, e che spesso si accompagnano a pienezza considerevole del lato affetto, sono in generale molto alleviati, spesso tolti affatto, dall'applicazione di un unguento composto con 6 grammi di estratto belladonna e 18 grammi di unguento mercuriale da distendere su una pezza coperta con tela cerata e da rinnovare ogni 24 ore. Il vantaggio si ottiene pure affatto indipendentemente da ogni specifica azione del mercurio sul sistema. Se oltre il dolore dell'uno o dell'altro lato del ventre vi fosse difficoltà di mingere o tenesmo o premiti o molto dolore e malessere pelvico, probabilmente un' esplorazione vaginale svelerà che il male non si limita alle dipendenze uterine, ma interessa il tessuto cellulare tra l'utero e il retto, o tra l'utero e la vescica. In tal caso l'applicazione di quattro o sei mignatte all'utero stesso (96), col mezzo dello specchio, apporterà spesso tanto sollievo, quanto si cercherebbe invano coll'uso d'un immenso lor numero applicate all'esterno.

Dopo che il disturbo febbrile generale si è calmato, o nulla rimane fuorchè un piccolo dolore locale e forse rigidezza nel membro del lato affetto, l'applicazione d'un piccolo vescicante da produrre appena la vescicazione spesso arrocherà molto sollievo: questo può ripetersi due o tre volte coll'intervallo di altrettanti giorni variandone la posizione quanto basta ad ovviare la produzione di una piaga incomoda. Molte volte però, se si vide il caso affatto dapprincipio, i sintomi scompaiono ad un tratto dopo una sola applicazione di sanguisughe, e allora la maggior difficoltà consiste nel persuadere la paziente a sottomettersi a quelle restrizioni e osservare quelle precauzioni che a lei ponno sembrare dettate da nostra troppa cura più che dalle vere necessità del suo stato. Lo schivare le variazioni di temperatura e l'intempestiva fatica d'ogni genere è infatti cosa della massima importanza durante tutto il periodo della convalescenza. Finchè durano considerevoli gli avanzi del dolore, e finchè vi sia molta sensibilità alla pressione nella regione iliaca o al disopra del pube, è pericoloso per la paziente l'abbandono

(96) L'applicazione interna delle mignatte, come ebbi a dire in altra mia nota, è indubbiamente la più proficua per essere più diretta, ed è poi preferibile perchè non cagiona dolore alcuno. Epperò io penso che nel caso di flemmone intrapelvico non debba già sulla cervice dell'utero essere applicato lo specchio e praticato il sanguisugio, bensì sui lati di esso, precisamente sulla vagina più o meno verso il suo fondo cieco a seconda del bisogno, a destra od a sinistra, a seconda della sede del processo flogistico. Con tal mezzo ho verificato mediante l'esplorazione il ridursi dell'intumescenza talvolta così pronto da sorprendermi assolutamente; il che deve da un lato al diretto sgorgo del cellulare pelvico affetto, dall'altro al dileguarsi dell'edema collaterale stabilitosi nel cellulare sano, circostante quello invaso da flogosi, essendosi tolta la pressione che l'intumescenza flogistica di quest'ultimo esercitava sui vasi del primo. DE-CRISTOFORI.

nare il letto e perfino il muoversi molto dalla posizione supina; giacchè v'ha rischio non solo che una causa lieve produca una esacerbazione dell'infiammazione alla sua sede originale, ma anche, come fu già detto, che la malattia invada il lato opposto. Talora mi capitò di osservare la flemmasia dolens nei casi in cui eransi già dissipati i sintomi attivi, e in cui non poteva assegnarsi una causa speciale del suo succedere. Perfino dopo la completa guarigione, il ritorno della mestruazione, od anche l'epoca a cui devono accadere i mestrui, richiedo nuove sollecitudini, ed ogni comparsa di dolore, od anche di malessere, ogni ravvivarsi di disturbo febbrile, dove essere trattato col ripetere il salasso locale, e col rinnovare le precauzioni ed il trattamento precedente.

Sfortunatamente nel gran numero dei casi il male, prima di attirare l'attenzione o di avere un trattamento appropriato, ha già progredito oltre, e non solo v'è un senso generale di pienezza dalla parte del ventre dove la paziente si lagna di dolore, ma è già percettibile un tumore ben distinto coll'esplorazione interna od esterna. In queste circostanze non si può aspettare un pronto ristabilimento, ma qualeosa può ancor farsi per prevenire qualunque abbondante formazione di materia, per favorire l'assorbimento del fluido setopurulento già versatosi, e per ottonere la delitescenza del tumore. L'applicazione delle mignatte è opportuna qui come nei primi stadii della malattia, sebbene, siccome sarà espediente di ripeterle parecchie volte, non convenga applicarne più di 6 od 8 per volta. Il calore del cataplasma riesco gradito come negli esordi dell'affezione, mentre, se il dolore è assai forte impiegando il laudano invece dell'acqua per comporre il cataplasma, si otterrà un sedativo locale assai potente, il cui uso non impedisce di usare l'unguento di belladonna e mercurio di cui parlai poc' anzi. Nei casi che sono già avanzati tanto da formare un tumore definitivo, non soglio però attenermi esclusivamente agli effetti della sottrazione e delle misure igieniche generali, ma amministro di solito piccole dosi di qualche preparato mercuriale mite, e ne continuo l'uso da produrre una leggier dolentatura della bocca. Una pillola di 25 grammi contenente parti eguali di polvere di Dower e di mercurio gommoso, data due volte al giorno, di solito apporta il suo effetto in una settimana o dieci giorni, e usata a questo modo sembra avere il duplice effetto di prevenire da una parte l'estensione del male e di promuovere dall'altra l'assorbimento dei prodotti dell'infiammazione. Se i sintomi incalzano, amministro una pillola ogni sei ore, ma non uso dare il calomelano, e neppure insisto con dosi frequenti di polvere grigia (mercurio gommoso o purulento), che sembra irritino l'intestino. Come in molte infiammazioni locali la notte è di solito il periodo del maggior dolore, e in generale occorre un anodino verso sera; la canfora a dosi di 25 centigrammi è un utile aggiunta a qualunque opiato che si possa usare.

Ben di rado conviene a questo stadio della malattia un piano di

cura rigorosamente antiflogistico. È indispensabile del buon brodo e sono richiesti in generale il vino e i tonici; credo anzi lo siano sempre qualora anche un debole senso di fluttuazione appalesi che pus in qualche quantità siasi già formato. La disposizione all'irritabilità d'intestino di spesso controindica l'uso del chinino, ed io perciò preferisco il liquore di cincono, che è esente dalle obiezioni che ponno farsi alla maggior parte delle altre preparazioni di corteccia peruviana.

Lentamente e quasi impercettibilmente a misura che i sintomi di disordine costituzionale scemano, il gonfiore in molti casi diminuisce di volume finchè un legger ingrossamento è il solo esito che rimane. Purc questo è risultato più favorevole di quello che troviamo spesso o su cui possiamo arrischiare di contare nei casi in cui si formò un tumore distinto. Spesso scbbene abbia luogo qualche remissione dei sintomi generali, il tumore aumenta, si fa più teso e più elastico, un senso debole di fluttuazione profonda si comunica al dito o può durare per settimane facendosi più sensibile, finchè l'ascesso comincia a svotarsi per le vie già descritte nell'ultima lezione. Nasce ora spontanea la quistione, se, quando la suppurazione si è formata, noi non possiamo affrettare l'uscita del pus, o con ciò accelerare la guarigione della paziente? Credo per regola generale sia più sicuro lasciare che l'ascesso si apra naturalmente, meglio che procurarne l'evacuazione colla puntura, eccettuati sempre quei casi in cui l'infiammazione ha invaso il tessuto cellulare al di fuori del peritoneo, in cui per conseguenza l'ascesso fa punto nella parete addominale (*). In tali casi l'avanzarsi molto lento della marcia verso la superficie può talvolta essere accelerato dall'applicazione di un vescicante; perchè anche qui non è opportuno il fare un'incisione finchè esiste notevole spessore di parti. Nei casi molto più frequenti in cui la sede della malattia è entro la cavità pelvica, il pus tendo a farsi strada per la vagina o pel retto, e il tentativo di anticipare colla puntura il corso esatto che deve prendere va assai di frequente fallito, e non è sempre sicuro; mentre il pericolo della rottura del sacco marcioso entro il cavo peritoneale è per nulla distolto dall'esistenza di una contro apertura come potrebbe supporre; e la mia osservazione dell'accadere di tal accidente, quando esisteva una comunicazione libera colla vagina, è lungi dall'essere isolata. I rapporti naturali delle parti sono assai cangiati per gli effetti dell'in-

(*) Vi sono pochi argomenti di pratica a cui riguardo esista un accordo così completo come questo dell'inopportunità della puntura precoce di tali raccolte di marcia. Bernatz, op. cit. pag. 434-6, accetta il principio; Aran, op. cit. pag. 740, vi insiste ancor più vivamente, ed osserva « Non v'ha prova della possibilità di prevenire, coll'apertura artificiale di queste raccolte purulenti, la formazione di aperture spontanee in altre situazioni e specialmente nel cavo peritoneale. Al contrario vi sono molte osservazioni di simili perforazioni, avvenute talora lo stesso giorno, talora parecchi giorni dopo la puntura dell'ascesso ». Becquerel, *Traité des Maladies de l'Uterus*, 8.^a Parigi 1859, vol I, pag. 464, esprime ancor più decisamente la stessa opinione, pone per regola che l'ascesso « non deve mai essere aperto anche quando il suo paese apparire in una località sembri invitare ad intervenire.

fiammazione; il rigonfiamento e la tensione delle pareti vaginali si estendono molto oltre i limiti che circoscrivono ogni attuale raccolta di pus, ed è assai probabile lo spingere il trocar solamente entro tessuti indurati, ed il mancare di entrarvi sebbene si sia assai vicino alla raccolta. L'estensione ed i rapporti del tumore ponno determinarsi accuratamente, e la puntura può perciò eseguirsi più certamente quando il tessuto cellulare tra la vagina e il retto fu la sede dell'infiammazione; ed un trocar di Ponteau introdotto dalla vagina in generale raggiungerà la raccolta se erano distinti i segni della sua presenza. Un caso, in cui l'infiammazione del tessuto cellulare tra l'utero e la vescica terminò colla suppurazione di 300 grammi di pus dietro la fatta puntura, giustificò l'opportunità dell'ingerenza; ma in pochi giorni il tumor vaginale riprese quasi il volume primitivo; si ripeté la puntura, ma non ne sortì pus giacchè il trocar era entrato in vescica attraverso la parete d'edema ed edematosa della vagina; accidente che per fortuna non fu seguito da tristi conseguenze. In un caso la previa introduzione di un catetere d'argento nella vescica, e in un altro caso l'esame fatto simultaneamente con un dito nel retto e un altro in vagina, basteranno a prevenire uno sbaglio, che d'altronde si commette più facilmente di quanto si possa credere possibile.

La condotta della paziente dopo lo svuotamento dell'ascesso non esige regole speciali. La special differenza infatti tra quei casi in cui la sortita del pus ha luogo, e quelli in cui, o non si forma o viene assorbito, consiste nella maggior debolezza a cui è ridotta la paziente nel primo caso: debolezza che è talora estrema se la suppurazione fu estesa, o se la secrezione di pus durò a lungo. Anche allora però, ed in onta ad una febbre critica ben marcata ed a sudori alternanti con diarrea colliquativa (per la quale e per il deperimento indotto dai patimenti continui la vita sembra talora minacciata seriamente) la malattia terminò fatalmente solo in 2 sulle 59 pazienti, costituenti la base di queste osservazioni (97).

Riguardo all'ingrossamento postumo alla cessazione dell'infiammazione attiva, non credo che possiamo far più che affidarci al tempo per la sua graduale, spesso invero per la sua parziale scomparsa. Infatti i vescicanti talvolta applicati alla regione iliaca fanno

(97) Come per legge fisica l'ascesso pelvico s'apre spontaneamente nella parte più declive, così avviene che lo scolo delle marcie è facile, continuo e totale, lasciando la escavazione marciosa nelle condizioni migliori per la sua retrazione e chiusura. Egli è per tale ragione che la spontanea apertura dell'ascesso porta la tregua d'ogni sofferenza, e segna il più delle volte una vicina guarigione: la quale, dalla pulizia delle parti, dalle iniezioni detersive, antisettiche ed astringenti nella cavità dell'ascesso, e da una dieta nutriente ed eccitante sarà raggiunta tanto più presto.

DE-CRISTOFORIS.

qualcosa circa l'alleviare il dolore e le molestie sensazioni che durano più a lungo degli altri sintomi; e ponno forse accelerare alquanto la scomparsa dell'ingrossamento entro la sostanza del legamento largo. Ho però poca fiducia nell'applicazione esterna dell'iodio, e nella sua introduzione entro la vagina sotto forma di linimento; e neppur penso che il sottoporre la paziente ad un corso di rimedii mercuriali o di preparati iodici, possa verisimilmente produrre buon vantaggio locale da controbilanciare l'indebolimento delle forze costituzionali, solito a prodursi per tali rimedii.

Negli ultimi 15 anni fu specialmente dagli autori francesi diretta l'attenzione (*) ai casi in cui si formano tumori per stravaso di

(*) Casi di tumore pelvico che lascian uscire non marcia ma sangue più o meno alterato si trovano sparsi qua e colà nelle memorie mediche, e alcuni di essi sono riportati da Huguier, in una lezione sull'*ematocele uterino*, che egli presentò alla società chirurgica di Parigi il 28 Maggio 1851. Fia dal 1843 Velpeau, a pag. 125 delle sue ricerche sulle cavità chiuse, diede la narrativa di un caso in cui egli evacuò il coagulo sanguigno di uso di questi tumori, e poscia iniettò una soluzione d'iodio nella cavità. Sembra inoltre che avesse un'idea esatta della natura dell'affezione; ma l'errore in cui cadde Malgaigne nel 1850, quando credendo di snocciolare un tumore fibroso della parete posteriore dell'utero asperse una di queste raccolte di sangue dietro l'utero (operazione seguita da emorragia fatale) mostra che l'argomento fino a quel tempo aveva attirato ben poca attenzione. Nel 1851 Nelaton diede alcune lezioni sull'argomento dell'*ematocele uterino* o come egli lo chiamò per la sua comune situazione, *ematocele retro-uterino*: lezioni che vennero pubblicate nella *Gazette des Hôpitaux*, Dicembre 11 e 13, 1851. In esse riporta 15 casi, cioè 6 suoi propri, 2 tolti da Bourdon occorsi nella pratica di Recamier, 1 da Langier nel vol. V del Dizionario in 30 volumi, 2 che Nelaton vide nella pratica di Beau, 1 sfortunato di Malgaigne, 1 di Dufraigne, di Latit, 1 di Huguier. Dappoi egli ricordò un altro caso nel *Moniteur des Hôpitaux*, Agosto 23, 1856, e fece osservazioni ulteriori sull'affezione (*Gazette des Hôpitaux* 1855, N. 23) appoggiando un metodo di cura aspettativo. Altri casi sono ricordati da Gallard, *Union Médicale*, 1855, e *Gazette Ebdonadaire*, Ott. 1857; Laborrier, *Gazette des Hôpitaux*, 1854, N. 149; Bernutz, *Archives de Médecine*, Giugno 1848, pagina 133; Piogey, *Bull. de la Société Anatomique*, 1850 pag. 91; Robert *Bull. de la Société de Chirurgie*, Maggio 22, 1851, pag. 130, e *Gazette des Hôpitaux*, Maggio 5, 1855, pag. 204; Follin, *Gazette des Hôpitaux*, 1855, Giugno 5 pag. 260; Laborrier *ibid.*, 1854 N. 149; Monod, *Bull. de la Société de Chirurgie*, Giugno 4, 1851, pag. 154; e Marotte, *ibid.*, pag. 152; ed Engelhard, *Archives de Médecine*, Giugno 1857. Ponno inoltre raccogliersi molte cognizioni utili dalla discussione sull'argomento che ebbe luogo nella *Société de Chirurgie*, Maggio 14 e 21 e 4 Giugno 1851, e che è riportata a pag. 132, 154, e 151 del Bulletin, e nella tesi inaugurale di Viguès, *Des Tumeurs sanguines de l'excratation pelvienne chez la femme*, 4.^a Parigi 1853, che io conosco solo per un estratto dell'*Jahrbücher* di Schmidt. Oltre queste comunicazioni le quali tutte sono di carattere direttamente pratico, ve n'ha una di natura teorica da Langier indirizzata all'Accademia delle scienze, e pubblicata a pag. 455 del vol. XL dei rendiconti. Suo scopo è di riconnettere i casi di queste effusioni colla perdita dell'ovolo al periodo mestruo in prossimità ad esso. Questi dettagli storici sono diventati quasi superflui dopo la pubblicazione delle opere di Becquerel, Aran e Nonat, nelle quali tutte si fa menzione di questa malattia. Voisin, in un'aggiunta della sua tesi inaugurale, pubblicò col titolo di *ematocele retro-uterino*, 8.^a Parigi 1860, un saggio che riassume in molta parte le opinioni di Nelaton; e Bernutz, di cui però non posso ammettere il titolo di priorità nel riconoscere quest'affezione, trattò l'argomento coi suoi soliti dettagli elaborati nel primo volume della sua opera *Clinique Médicale sur les Maladies des Femmes*.

In Germania questi versamenti di sangue furono studiati meno accuratamente che in Francia. La descrizione di Scamroni è tolta manifestamente dai francesi, ed egli esprime la sua opinione che la frequenza dell'affezione fu molto esagerata. Qualche notizia ne fu data da Crêde, *Monatschrift f. Geburtskunde*, vol. IX, pag. 1; Breslau, *ibid.*, pag. 455; Hirtzfelder, *ibid.*, vol. X, pag. 312; ed Hegar, vol. XVII, pag. 418, come anche da Braun di Vienna, la cui memoria però conosco indirettamente. — Virchow nella sua opera nuova, *Die Krankhaften Geschwülste*, 8.^a Berlino, 1863, ne studiò pure l'anatomia morbosa.

sangue nelle vicinanze immediate dell'utero. Si usò il nome di *ematocele uterino*, *retro-uterino* o *peri-uterino* per indicare queste effusioni che hanno luogo usualmente nel cul di sacco tra l'utero e il retto in generale derivanti da qualche disordine della funzione mestrua, e spesso dietro la sua pressione temporanea (98).

La provenienza e la sede dell'emorragia in questi casi furono soggetto di differenti opinioni, e mentre alcuni scrittori eredettero che la perdita di sangue potesse aver luogo anche nella cavità del peritoneo o entro il tessuto cellulare attorno all'utero e intorno alla pelvi, altri sono disposti a credere che il sangue occupa sempre la cavità del peritoneo. La forza delle prove è decisamente favorevole all'ultima opinione che è quella di Virchow, come anche di Bernutz ed Aran, ed io non conosco esame necroscopico fatto debitamente in cui la sede dell'effusione fu chiaramente provata essere extraperitoneale. Sembra che il sangue si effonda nel maggior numero dei casi o per rottura dello stesso ovario congestionato, oppure dall'estremità frangiata del tubo fallopiano dell'uno o l'altro lato, da dove gravita entro la borsa retro-uterina, e vi forma un distinto tumore che spinge l'utero all'innanzi e alquanto all'insù.

Si ricordano alcuni casi in cui il sangue si riversò in tal quantità da spegnere la paziente quasi subito; e sebbene alcuni di questi sieno stati casi di gravidanza extrauterina e di rottura del tubo fallopiano, pure tale spiegazione non è vera per tutti; e l'emorragia subitaneamente fatale dalle dipendenze uterine entro il peritoneo deve ritenersi come possibile fuori di gestazione. Un'emorragia così copiosa da spegnere subito la vita è invero un caso affatto eccezionale. Di solito il sangue effuso si coagula ben presto, ed allora eccita la infiammazione attorno a sè e si rinchiede entro un sacco formato in parte da aderenze delle anse intestinali alle dipendenze dell'utero, o tra loro, in parte da una falsa membrana (99). Entro il sacco

Il dottor Tilt è il primo scrittore inglese che nota quest'affezione nella 2.^a edizione della sua opera *On Diseases of Women*, pag. 261. Dopo d'allora fu studiata in questo paese; le lezioni del dottor Simpson, e i trattati di M. Clintock e Graily Hewitt, ne contengono note; mentre il caso interessante pubblicato dal dottor Madge, nel volume III delle *Transactions of the Obstetrical Society*, e il lodevole scritto del dottor Matteo Duncan nell'*Edinburgh Medical Journal*, Novembre 1862, non deve passarsi senza notizia, più che la bella tesi del dottor Tuckwell d'Oxford, *On Effusions of Blood in the Neighbourhood of the Uterus*, 8.^o Oxford, 1863.

(98) Ritenuto coll'Autore e colla maggioranza dei pratici che tale condizione morbosa è legata alla mestruazione ed al fenomeno, per così dire, idraulico-sanguigno di essa, puossi adottare il vocabolo *metatitmenia*, in sostituzione all'altro di ematocele retro o peruterino, giacchè quello esprime meglio l'idea di *sangue mestruale forviato*, attesa la sua derivazione greca, *Metatitmenia* μὲν.

DE-CRISTOFORIS.

(99) Trovasi da alcuni autori fatta una distinzione dell'ematocele in *semplice e complicato*, chiamando col primo epiteto lo stravasato di sangue in-

così formatosi avvengono le stesse alterazioni come nel sangue effuso altrove. Nei casi più fortunati viene a poco a poco assorbito, in altri si ordisce l'infiammazione (di solito conseguenza di qualche aumento di congestione locale, e nuovo versamento di sangue) nelle

traperitoneale che subisce una evoluzione regressiva fisiologica, che viene a scomparire per assorbimento dopo subite le debite trasformazioni, mentre il secondo qualificativo è dato a quel versamento sanguigno che finisce col farsi strada attraverso ai tessuti vicini, coll'uscire per la vagina o pel retto mescolato a pns.

Vuolsi pure da altri distinto l'ematocele in *libero* e *cistico* o *saccato*: nel primo, il sangue si versa nella saccoccia posteriore peritoneale in gran copia, conduce la paziente a pronta morte, alla sezione rilevandosi in quella località una raccolta ingente di sangue, liberamente fluttuante, in parte raggrumato: nel secondo appena versatosi sangue nel cavo peritoneale, viene a destarsi un acuto processo flogistico dal quale risulta ispessimento della sierosa, formazione di false membrane e incistimento della massa sanguigna stravasa: è questo solo ematoma, il cistico che si vorrebbe capace di esito suppurativo.

Io penso che queste distinzioni abbiano valore solo in quanto esprimono i diversi stadi di un'unica condizione morbosa, e non già perchè costituiscano differenti entità. Unico in ogni caso è il fatto primo dal quale derivano le successive vicende: il punto di partenza è sempre sangue versato nel cavo peritoneale retro-uterino; sangue che, in copia grande, può pregiudicare istantaneamente la vita (ematoma libero); in copia discreta, o desta intorno a sé un processo flogistico che termina in suppurazione facendosi strada all'esterno, oppure scompare lentamente per assorbimento.

Tali distinzioni entrano nel campo anatomo-patologico e nulla più, e si riferiscono solo al decorso e al grado del male.

Ma giacchè l'argomento è portato su questo campo, e per meglio rilevare ciò che l'autore più innanzi ricorda incidentemente e tocca appena con poche parole, non vuol essere taciuto come da moderni patologi vogliasi per alcuni casi assegnare altra origine alle evacuazioni che vedonsi fare pel retto o per la vagina di quelle masse di pus e di sangue raccolte posteriormente all'utero. Si direbbe cioè che, alla stessa guisa di ciò che accade nella pachimeningite e nella escavazione retto-vescicale degli uomini, stabilitosi primitivamente e per causa qualunque un lavoro flogistico in un punto del sacco peritoneale retro-uterino, vengano a prodursi pseudo-membrane, dai vasi sanguigni delle quali si faccia in seguito stravasamento, il quale si depona nelle pagine della pseudo-membrana, risultandone un ematoma retro-uterino incistato saccato. Per tale modo di vedere da questi stessi Autori si mette in dubbio che dai vasi della tromba faloppiana, dall'ovaia o dall'utero possa farsi un'emorragia fulminante, ed anche una raccolta di sangue rilevante: vogliono costoro che la maggior parte di quel sangue trovato negli ematocefi retro-uterini abbia avuto origine consecutivamente allo sviluppo della peritonite, e sia provenuto dai vasi di nuova formazione, situati nelle false membrane le quali originarono dalla peritonite parziale del fondo cieco retro-uterino. La pratica e l'osservazione clinica depongono, secondo me, contrariamente a tali viste patologiche.

pareti della cisti; il pus si meschia col sangue, e invece di succedere l'assorbimento del suo contenuto, la cisti di sangue suppurante si vuota nel retto, nella vagina, o sgraziatamente talora entro lo stesso cavo peritoneale.

L'origine dell'emorragia nelle appendici uterine è talora assai ovvia, come in un caso in cui si trovarono distesi da sangue ambo i dotti falopiani, e si vide un coagulo in parte scolorato pendente dall'estremità di uno di essi. In altri casi si osservò una distinta rottura dell'ovario, e la condizione congestiva od anche apopletica del suo testamento non lasciò dubbio circa l'origine dell'emorragia. In altri casi ancora, in cui era passato più lungo intervallo dall'avvenimento della prima emorragia, la sua provenienza non era così chiara; ma le alterazioni gravi che offrivano le dipendenze uterine, o l'impossibilità assoluta di scoprire l'ovario e il dotto falopiano di un lato, mostravano chiaramente che in essi aveva originato il male. Così in un caso in cui io feci l'osame necroscopico di una paziente in cui da un anno esistevano sintomi di ematocele uterino, un ovario non si poté scoprire anche dopo la sua esatta ricerca, mentre l'altro, oltre una cisti sierosa del volume di un piccolo ovo di gallina, presentava entro la sua sostanza uno stravasato di sangue grosso come una mandorla dolce. Dunque l'emorragia succede o nell'ovaja stessa o nella tuba; e talora forse in quest'ultimo caso per riflusso di sangue, al cui scolo dall'utero esisteva qualche ostacolo: sangue proveniente d'ordinario dalla membrana interna congesta delle tube stesse (100).

Sangue versato da altre parti può infatti raccogliersi nelle vicinanze dell'utero, obbedendo alle pure leggi di gravità, ma sarebbe, io penso, un errore il chiamare tali casi eccezionali col nome di ematocele uterino. Devesi però ricordare una teoria dell'origine di queste

La difficoltà di scegliere queste divergenze e le varie interpretazioni date dai pratici sono dovute all'impossibilità di scrutare lo stato intimo delle parti quando la condizione morbosa va a guarigione, sia per assorbimento sia per suppurazione: alla scomposizione, al guasto grave e profondo delle parti, che si oppone ad un retto giudizio sulla primitività o secondarietà delle singole alterazioni patologiche quando avviene la morte: infine alla oscurità che tuttora regna nell'argomento in linea etiologica.

DE-CRISTOFORIS.

(100) Pare che l'Autore con queste parole intenda o di escludere o di non discutere la supposizione che Ruyseh ha fatto e per la quale verrebbe che sangue secreto dalla mucosa uterina salisse dalla cavità uterina stessa per la via delle trombe e si effondesse nel cavo peritoneale, costituendovi l'ematocele retro-uterino. Unico che sostenesse simile opinione, dopo Ruyseh, fu Hélié: gli altri tutti che ci lasciarono ottimi studii in argomento seguono Bernatz nel concetto, che se accada riflusso di sangue mestruo nel cavo peritoneale, ciò avvenire non possa che per un'unica materiale condizione, la chiusura cioè dell'orificio cervicale uterino. DE-CRISTOFORIS.

emorragie, se non per altra ragione, almeno per la fama del suo autore. È quella di Virchow (*) che dice: — A mio credere il sangue in questi casi proviene d'ordinario in parte o in totalità dai vasi neoformati delle false membrane prodotte da previa peritonite pelvica. — Anche le febbri di Virchow devono avere qualche buona prova ed appoggio. Io non ne conosco alcuna comprovante che la peritonite pelvica sia un precursore ordinario dell'ematocele uterino.

Da queste osservazioni dunque apprendiamo l'esistenza d'un pericolo, dapprima ignoto, che si associa ai disordini del sistema sessuale femminile; che non solo intensa congestione può condurre a profusa e pericolosa emorragia esterna, o il disturbo funzionale terminare all'infiammazione delle parti in vicinanza dell'utero, ma che i vasi altresì possono cedere, e aversi l'emorragia nell'interno in posizione difficile a scoprirsi ed ancor più a frenare. Come è da aspettarsi l'accidente avviene solo durante il periodo del vigore sessuale (**) essendosi verificato in 79 donne alle seguenti età:

meno di 20	anni in	4
tra i 20 e i 30	"	51
" 30	" 35	17
" 35	" 40	6
a	40	1
		—
		79

Finora non sono riportati fatti in numero bastante da provare l'influenza comparativa del matrimonio e della gravidanza sulla produzione dell'affezione. Sembra però che ben di rado stia in rapporto diretto colla gravidanza o coll'aborto; mentre il fatto d'esser stato talora indotta da abusi sessuali non è che un'altra illustrazione del nesso esistente tra la congestione degli organi pelvici o il versamento del sangue nelle adiacenze dell'utero. Da tutti gli autori si ammette che il tempo in cui avviene tale speciale congestione, al ritorno cioè del periodo mestruo, fornisce la più frequente occasione per l'effusione del sangue; e sebbene non siano unanimi nel dire se la menorragia o la dismenorea abituale la precedano di spesso, pure l'irregolarità mestruale di una o d'altra specie si trova caratterizzare la storia del maggior numero delle pazienti. La disposizione a disturbo mestruale, sia per eccesso, sia per difetto indica d'ordinario qualche cosa di morboso nello stato della salute generale: e allo stesso modo che talora accessi di menorragia possono aver luogo nella fanciulla clorotica, così il versamento sanguigno nella cavità peritoneale può essere in parte dipendente da cause costituzionali. L'emorragia copiosa e talora anche fatale dalla vulva od entro il pe-

(*) *Die Krankhaften Geschwülste*, 8.^o Berlino, 1863, vol. I, pag. 152.

(**) Vedi le tavole annesse alle tesi del dottor Fuchwell.

ritoneo, che si sa accadere in qualche caso di porpora o di febbre eruttiva, non è che un' esagerata illustrazione di questo fatto, e la mia esperienza non mi conduce alla conclusione che le donne più soggette a questi accidenti siano le più sane e robuste (*).

Qualunque sieno le circostanze in cui accadono queste emorragie, v'è d'ordinario una certa somiglianza di specie tra i casi che rendono possibile all'attento osservatore di riconoscerne la natura, o ad ogni modo di destare sospetti a suo riguardo. Dopo qualche disordine della funzione mestrua, talora dopo la sua temporaria sospensione per freddo, fatica, o scossa morale, sopravviene forte dolore addominale riferibile d'ordinario all'una o all'altra regione iliaca. Non è per nulla costante che i mestruî rimangano soppressi dopo l'invasione del dolore, il quale senza dubbio marca il versamento sanguigno entro il peritoneo; ma di solito continuano, sebbene forse più scarsamente che in stato ordinario di salute; mentre di quando in quando ha luogo una perdita copiosa di sangue dalla vagina malgrado l'evidenza dell'emorragia interna. Il dolore, sebbene ficio, è di rado intenso, nè la scossa che l'accompagna è da paragonarsi all'estrema depressione che indica il succedere della perforazione intestinale, o la rottura del sacco di una gravidanza extrauterina. Non posso dire quanto tempo dopo la scossa e dopo il dolore sia di solito percettibile un gonfiamento nell'addome, nè quale sia la proporzione cogli altri casi in cui manea affatto il gonfiamento, sebbene questi ultimi siano senza dubbio affatto in minoranza. Scoppi il tumore, entro 48 ore dopo il primo sintomo, come una massa mal definita, dura, nella regione iliaca, in apparenza della grossezza d'un pugno, non affatto liscia, non mobile, sensibile alla pressione, e al tatto, simile al gonfiore che si sente in casi di infiammazione delle dipendenze dell'utero, e che, senza l'anamnesi, sarebbe facile conducesse in errore circa la sua vera natura.

Il dolore, esacerbantesi ad intervalli non regolari, come è d'ogni dolore che si associa a male uterino, sensibilità limitata alle adiacenze della parte dolente, e disturbo febbrile generale, sebbene d'ordinario non molto forte, continuano a farsi sentire, accompagnati da minger difficile, da dolore e difficoltà nel deporre l'alvo, o in generale da aumento di dolore nel mover la gamba del lato affetto, o nell'atto del porsi a sedere. I sintomi febbrili di solito scompaiono spontaneamente, diminuiscono pure il dolore, il senso di peso nella pelvi e di stiramento all'imbasso, la difficoltà nel mingere e nel defecare, che restano dopo, insieme alla difficoltà ed al malessere nel camminare, e che conducono, per le conseguenti molestie, ad un'esplorazione vaginale o alla scoperta del tumor pelvico.

Questo tumor pelvico differisce molto per volume, posizione e carattere; e in alcuni casi, in cui i sintomi indicavano senza equivoco l'esistenza dell'amatocele, non si verificò protrusione alcuna della

(*) Vedi Bernutz, op. cit. vol. I, pag. 441-460.

parete vaginale (*). Non so come dar ragione di questa eventuale assenza del tumor pelvico, sebbene creda che desso sia più frequente quando l'offusione è vasta. Ad ogni modo importa assai che il fatto venga ricordato, affine di schivare gli errori di diagnosi che si commetterebbero riguardando il tumor pelvico come un compagno invariabile di queste emorragie. D'ordinario infatti si ha il tumor pelvico, che rassomiglia assai a quello dell'inflammazione delle dipendenze uterine, che è ugualmente resistente, che sembra essere ugualmente connesso in modo intimo all'utero, e che ha la stessa forma globosa, differenziando forse principalmente in questo, che produce maggior spostamento d'utero di quello che si rimarca in un tumore di volume eguale dovuto ad inflammatione nelle vicinanze dell'organo. Io credo che questa circostanza sia facilmente spiegabile per la rapidità con cui il sangue si effonde (paragonata alla lentezza con cui hanno luogo i cambiamenti che dipendono da azione infiammatoria) e per la quale inoltre l'utero diventa fisso nella sua posizione e perciò meno soggetto a spostamento. Le variazioni che avvengono nel tumore non sembrano governate da alcuna legge costante. Spesso diventa assai fisso in causa senza dubbio dell'assorbimento della parte più fluida del sangue; ed è dietro tal cambiamento che un tumore sanguigno fu talora scambiato per un tumore fibroso.

Però, dietro attenta osservazione, si vede il supposto tumore solido diminuire, a gradi, o alla fine scomparire lasciando solo un po' d'ispessimento e di resistenza al fondo della vagina; e se, come è il caso ordinario, esisteva un gonfiore alla regione iliaca, anche esso diminuirà nella stessa proporzione di quello che si sente in vagina ed anche scomparirà con maggiore rapidità. In altri casi il tumore, impieciolitosi dalle dimensioni che offriva sul principio, torna ad aumentare un'altra volta tutto ad un tratto, coincidendo tale aumento con uno sforzo mestruale più o meno distinto, spesso durante la stessa mestruazione: nei casi dubbj non v'ha segno più caratteristico di sua vera natura che il subitaneo aumento di volume coincidente con un periodo mensile.

L'assorbimento progressivo del sangue e la scomparsa del tumore di mano in mano che la malata si fa convalescente costituiscono però soltanto un modo, o anche questo il non più comune, con cui termina tale accidente. Di otto casi, di cui conservo memoria, in uno solo il tumore svanì per processo di assorbimento semplice; in questo caso il gonfiore era limitato alla regione iliaca destra e non produceva sfiancamento della parete vaginale. In due casi una perdita di sangue, in parte liquido, in parte coagulato, ebbe luogo dal retto; in un quarto la suppurazione procedette il suo svuotarsi,

(*) Come nel caso 1.^o dello scritto del dottor Duncan. Mi ricordo di due casi da me veduti, e che ora credo fossero casi di ematocoele uterino, in cui la mancanza di intumescenza nella vagina mi rese confuso, e m'impedì di fare una diagnosi soddisfacente. Credo che ora con una più vasta esperienza li interpreterei giustamente.

e pus meschiato di sangue sciolò dal rette; e in un quinto il sacco si ruppe entro il peritoneo e la paziente morì: nei tre altri casi il tumore fu punto dalla vagina, e nell'ultimo di essi il male era già cronico e la cisti sanguigna si era trasformata in ascesso prima che la paziente venisse in mia cura.

Meritano di essere brevemente narrati i particolari di questi casi, giacchè nelle diverse circostanze in cui sopravvennero, e nei vari decorsi che fecero, penno servire ad illustrare più completamente la steria di questa affezione. In tutti i casi, mene uno, le pazienti erano maritate, di cui 3 sterili e 4 che avevano figliate. Quel caso eccezionale fu in una giovane non maritata, d'anni 22, che soffrendo da lunghe tempe di accessi di delere a parossismi nella regione iliaca sinistra, fu presa all'età di 19 anni da una copiosa perdita di color rosso-bruno-sperco dalla vagina, che continuò per molte settimane variande in quantità, alla quale poi tenne dietro uno scolo puriforme che accadeva a fitti o cho seguitò fino al tempo in cui essa si pose in mia cura. Un tumore alla regione iliaca ed un altro che si sentiva dietro l'utero, e che tenevano l'organe in peste, erano i segni di qualche processa infiammazione di un vecchie ascesso pelvico, l'origine del quale, da un effusione di sangue, era piuttosto dedotta dalla storia precedente della paziente di quello che fosse al momento dimostrata. La puntura dell'ascesso e l'iniezione nella sua cavità di una soluzione d'iodio fu seguita dalla sua cura completa, e la paziente si maritò in seguito, sebbene non diventasse mai grvida. — Il secondo caso fu parimenti uno in cui il male finì cella suppurazione; ma i sintomi fecero un decore acuto, e non avvenne nuova raccolta di materia dopo la sua espulsione spontanea dall'intestino. La paziente era donna di 34 anni, che sebbene maritata da 14 anni, non era mai stata incinta. Per due anni era stata abitualmente molto mestruta, e da due mesi la perdita era stata effettivamente menorrhagica. Al tornare del terzo periodo, però, la perdita fu assai scarsa; provò forte delere al dorso e alle gambe con dolentatura e con qualche difficoltà nel mingere. Una scarsa mestruazione continuava da qualche giorno quando la paziente venne in mia cura. V'era allora un gonfiore distinto nella regione iliaca sinistra, con molte ingrossamento nel cul di sacco retto vaginale. In 14 giorni questo ispessimento e questa pienezza presere il carattere di un tumore definito, che aumentò di mole, finchè dopo 6 settimane si ruppe e scaricò dall'ano un pus scolorato, e 15 giorni dopo la paziente lasciò l'ospitale guarita. La steria previa della paziente, il carattere dei suoi sintomi, e il pus scolorato che sfuggì dall'intestino, bastano a mie credere ad indicare l'origine di questo ascesso pelvico da previa effusione sanguigna atterno all'utero. — La terza malata fu da me veduta una sol volta, epperò ne seppi la storia susseguente, che io riferisce qui perchè mostra il corso più favorevole cho penno avere questi casi nella lor forma mene grave. Una signora tra i 20 e i 30 anni e che aveva avuto parecchi figli, prese un raffreddore

durante un periodo mestruale, e la perdita, quantunque non soppressa subito, diminuì molto in quantità. Assieme a questa diminuzione di scolo mestruo provò considerevole dolore addominale, aggravantesi a parossismi, e in capo a tre giorni si scoperse tumor distinto alla regione iliaca destra. Questo tumore, quando io vidi la paziente 4 giorni circa dal principio della sua malattia, era al di sopra e nella direzione del legamento del Poupert, del volume di quasi un pugno, di forma più allungato, immobile, sensibile, ma non troppo, al tatto; non era associato a spostamento uterino, dava un debil senso di pienezza al fondo della vagina. Al riposo assoluto e ad un piano di cura aspettativa tenne dietro la scomparsa completa del tumore, ed il ritorno della salute perfetta della malata. — Il quarto caso è di speciale interesse in causa dello svolgersi dei sintomi dalle sequele di un aborto e non da disturbo mestruo. La paziente di 33 anni, avendo abortito a 6 settimane, continuò le sue occupazioni quale lavandaja senza fare alcuna attenzione al caso suo, e questo lavoro fu seguito da grande aumento della perdita sanguigna, che continuò per 12 settimane. In capo a questo tempo un'esplorazione vaginale trovò dietro l'utero un tumore della grossezza di un pomo. Col pungerlo lasciò sortire un liquido rossiccio-bruno che continuò per tre settimane, ed al quale tenne dietro la completa scomparsa del tumore. — Nella quinta paziente di 24 anni, che era da 5 anni maritata e sterile, i sintomi si svilupparono gradatamente durante la persistenza per due mesi di una perdita supposta mestruale. Anche qui un tumore, posto dietro all'utero, lasciò uscire colla puntura una materia nera puzzolente, che consisteva evidentemente di sangue decompuesto, e la paziente, avendo superato un attacco di peritonite, ricuperossi perfettamente. — Il sesto caso illustra così bene i sintomi ed i pericoli dell'affezione che mi sembra meritare una relazione alquanto dettagliata.

Una donna alta, tarchiata e di apparenza abbastanza sana, d'anni 25, maritata da 7 anni, era stata gravida 4 volte, aveva partorito tre figli viventi, di cui il più giovane aveva 12 mesi, e fu ammessa all'Ospitale S. Bartolomeo il 22 febbrajo 1851. La di lei salute generale era stata buona, i parti naturali e dopo di essi fu mestruada regolarmente durante l'intero periodo dell'allattamento. Dopo il suo terzo parto le cose procedettero come di solito fino al Natale, quando essa fu mestruada naturalmente; ma dopo d'allora ebbe sempre uno scolo sanguigno nè molto copioso nè misto a coaguli. Da un mese aveva dolori di premiti, aggravati dal lavoro, ma non molto alleviati dal riposo, nè da una particolare posizione; ed aveva pur durante tal tempo sofferto di qualche deliquio. La mizione era frequente e dolorosa, e diceva che l'orina era scarsa e molto colorata. Un medico ch'essa consultò le disse che aveva abbassamento d'utero. L'addome era ampio e alquanto teso, il suo allargamento essendo dovuto alla presenza di un tumore, la cui superficie era leggermente ineguale, occupante tutto il lato sinistro, estendentesi 7

centimetri e mezzo al di sopra dell'ombelico, e oltrepassante di 5 centimetri la linea mediana, sebbene rientrante in basso gradualmente, così che al lato destro il suo margine superiore era 4 centimetri al di sotto dell'ombelico. Il tumore era sodo, non fluttuante, assai sensibile al tatto, specialmente alla regione iliaca sinistra. Introducendo il dito in vagina si andava quasi subito a ridosso di un tumore piuttosto solido, elastico, di forma ovale, della grossezza di circa un pugno, e che spingeva davanti a sè la parete vaginale posteriore. Sembrava che questo tumore trapassasse entro la sostanza dell'utero circa un centimetro e mezzo dietro del suo orificio, tutto l'organo essendo così spostato che si sentiva la bocca dell'utero posta orizzontalmente immediatamente al di dietro della sinfisi del pube. Il dito passava in su dal davanti e sul lato destro della pelvi senza incontrare alcuna resistenza; ma al lato sinistro e alla parte posteriore della pelvi si sentiva un tumore solido, apparentemente continuo con quello immediatamente dietro l'utero. I vasi del tumore pulsavano fortemente. Si estrassero circa 90 grammi di un fluido sanguigno dal tumore dopo averlo punto dalla vagina con un ago scanalato. Il microscopio non scoprì che corpuscoli di sangue nel liquido, e allo scopo di svuotare possibilmente il tumore, e con ciò togliere la pressione dolorosa sul retto che produceva molta angustia, si introdusse il trocar e la canula di Ponteau, ma se ne trassero solo 120 grammi di un liquido dell'istesso carattere di prima. Dietro ciò il tumore non era molto diminuito di volume, nè gli incomodi della paziente molto alleviati. Il 27 febbrajo, non essendosi ricorso ad altri maneggi, fu presa da peritonite, nel corso della quale vi fu aumento manifesto del tumore che si estendeva di più verso il lato destro dell'addome. Al 3 marzo tutti i sintomi attivi erano vinti, e quel giorno la paziente ebbe due scariche alvine copiose, che erano perfettamente nere, e consistevano in apparenza di sangue alterato. Lo stesso pomeriggio inoltre essa provò una sensazione di qualche cosa che cedeva internamente, e ciò fu subito susseguito da un fiotto abbondante dalla vagina di un fluido assai fetido, che rassomigliava in apparenza a fondo di caffè. Questo fluido scollò dapprima in abbondanza, poi più scarso fino al mattino, finchè cessò; sebbene un altro fiotto di esso abbia avuto luogo l'indomani e si sia rinnovato dappoi di tratto in tratto per parecchi giorni, acquistando a gradi un color più chiaro, e diventando alfine una materia sporca siero-purulenta. La salute generale della malata migliorò lentamente, e il suo ventre allo stesso tempo diminuiva di volume, e mentre misurava 115 centimetri al suo ingresso, era disceso a 100 il 24 marzo. Il tumore nella regione ipogastrica sinistra allo stesso tempo diminuì manifestamente di volume e divenne più mediano nella sua posizione, e l'8 aprile l'utero aveva pressochè ripresa la sua situazione naturale; non v'era più alcun tumore distinto dietro di esso, bensì indurimento cartilagineo mal definito nella sua estensione e nei suoi rapporti. Il 17 aprile alla fine cessò ogni perdita dalla vagina, e il

5 maggio ogni traccia di tumore addominale era completamente scomparsa, la posizione dell'utero era affatto naturale e l'ispessimento dietro di esso era di molto diminuito. Un anno dopo vidi questa donna di nuovo; essa era in perfetta salute, e mestruada regolarmente; non esisteva traccia di tumore addominale, l'utero era perfettamente mobile, e appena v'era qualche ispessimento che si sentiva alla sua parte posteriore e al suo lato sinistro.

Il settimo caso è importante, tanto sotto altri rapporti come per la estrema durezza del gonfiamento vaginale, il quale, più d'una volta durante la malattia della paziente, fece nascere il dubbio fosse dovuto ad un tumore fibroso aderente alla parete uterina posteriore. La malata aveva 26 anni, ed aveva avuto tre figli in sette anni di vita maritale. Quattro mesi prima che venisse da me fu presa durante un periodo mestruo da dolore nell'addome, accompagnato da conati espulsi di tale intensità che il suo medico credette fosse per abortire. Il dolore a poco a poco si calmò, e il flusso mestruo fu nè aumentato nè diminuito; e i due periodi successivi apparvero a tempo normale, sebbene accompagnati da dolori più del solito. Il suo terzo periodo ritardò di circa tre settimane, e poi due giorni antecedenti alla comparsa della perdita la paziente ebbe a risentire dolori simili a quelli che aveva provati prima, ma più forti. I mestruj furono questa volta assai scarsi, il loro scolo fu accompagnato da aumento di dolore, da nausea, e da tanta difficoltà d'urinare che fu necessario più d'una volta far uso del catetere; anche la defecazione ebbe luogo con aumento di sofferenze. Fu il sesto giorno dal principio di questi sintomi che la paziente venne da me; l'utero era allora portato all'innanzi e a destra di un tumore che occupava due terzi della parte posteriore e sinistra della cavità pelvica. Il tumore era solido, ma elastico; la sua superficie era liscia, i suoi vasi non pulsavano, e non v'era aumento di calore in vagina. Non fu che una settimana più tardi che si scoprì un tumore addominale, sebbene se ne fosse fatta ricerca prima; forse la squisita sensibilità addominale impedì quell'esame minuto che fu praticabile appena quella ebbe ceduto. Questo gonfiamento era situato nella regione iliaca sinistra, ed arrivava all'altezza di tre dita al di sopra del legamento del Poupart, e dal pube alla spina iliaca; ma il suo contorno era indistinto. Per altri 14 giorni questo tumore addominale aumentò di circa il doppio del suo volume, e allo stesso tempo il suo bordo superiore si fece molto più distinto, ma nessun altro cambiamento avvenne nel tumore pelvico, fuorchè la diminuzione della elasticità, dapprima così distinta. Senza che avesse luogo evacuazione alcuna, il tumore addominale allora cominciò a diminuire; le labbra dell'utero o la cervice, che all'ingresso della paziente all'Ospitale erano pieni e gonfi, perdettero completamente tal carattere, mentre la durezza del tumore gli dava una somiglianza ingannevole di un tumore fibroso. Una settimana dopo, e proprio trenta giorni dall'ammissione della paziente all'Ospitale e 36 dal principio del

male, avvenne un' emorragia dal retto in parte fluida e in parte a coaguli; e questo si ripeté più di una volta. Si trovò tre giorni dopo che il tumore era molto diminuito, e quello della pelvi era completamente scomparso, l' utero avendo quasi ripresa la sua posizione naturale; 14 giorni dopo la paziente lasciò l' Ospitale con vago indurimento verso il legamento del Poupert, indicante la sede primitiva del tumore addominale, e con un leggier indurimento verso il fondo della vagina, e nel decorso del legamento largo, che imbarazzava alquanto i liberi movimenti dell' utero.

L' ottavo ed ultimo caso fu da me veduto solo a intervalli col dottor Kirby di Gardon Square, al quale devo molti particolari della sua storia. La paziente era una signora di 32 anni, maritata da 9 anni, aveva avuto un figlio 7 ad 8 anni prima che io la vedessi, ma poi non era più restata gravida. Il parto fu seguito per qualche tempo da mestruazione irregolare ed eccessiva, che venne finalmente frenata ad un tratto dalla cura. Per parecchi anni consecutivi la mestruazione divenne scarsa, ritardante, spesso del tutto mancante, e sempre associata a molto dolore o nausea. Non di rado anche il disordine costituzionale continuava non accompagnato da mestruazione, e al fine alleviato da vomiti di sangue. A gradi cedettero i sintomi più urgenti, ma per circa due o tre anni prima dal principio della sua fatal malattia, ebbe molta dismenorrea, sensibilità ovarica e dolore uterino, sebbene non si potesse scoprire cangiamento alcuno coll' esplorazione vaginale. Il 9 ottobre 1862 avvenne un periodo mestruo che fu assai abbondante e prolungato, la perdita fu mista, a piccoli coaguli, ed a materia somigliante alla membrana dismenorrea. Al ritorno dell' epoca mestrua susseguente, sebbene non avesse principiato la perdita, la paziente ad un tratto lagnossi di un senso di pienezza e premiti, di deliquio, d' incapacità a svuotare la vescica, e allora si trovò un tumore alla regione iliaca destra ed all' ipogastrica, e l' utero era spinto all' avanti da un tumore situato tra esso e il retto. Questi tumori si mantennero ambedue, variando però di volume e di sensibilità, ed il tumore addominale si distingueva talora difficilmente, sebbene quello percepito dalla vagina avesse subito un cangiamento meno marcato. La paziente soffrì di attacchi frequenti e fieri di dolore a parossismi, e questo dolore accompagnava sempre la mestruazione, i cui periodi erano abbastanza regolari. Il dolore del tumore inoltre impediva qualunque tentativo di smoverlo, e il sonno non si aveva se non coll' uso degli opiat. Nell' aprile 1863, cinque mesi circa dal principio della malattia, la paziente cominciò a provare degli accessi di brividi, con polsi rapidi, sudori notturni, ed altri sintomi etici, per cui la sua salute deteriorava sebbene assai lentamente, e di quando in quando si produceva un temporario miglioramento.

Il gonfiore nel ventre non aumentò molto, ma restò circa della metà volume che aveva in principio; mentre il tumore interno non aveva subito alterazione alcuna, e (ciò che non è comune) non of-

friva in nessun punto senso alcuno di fluttuazione. Alla fine si prese la determinazione, trascorsi otto mesi, di fare una puntura esploratoria con un sottile trocar, e di usarne poi un altro più grosso, se, come non sembrava potersi dubitare, si fosse usurpata una raccolta di sangue o di pus. Ciò fu fatto pertanto da Paget; ma, quantunque per propria sensazione e per quella anche dei presenti, sembrasse che il trocar fosse entrato in una cavità, non ne scollò che una goccia di sangue. Molti disturbi generali, molta nausea, qualche sensibilità addominale, nessun vivo dolore, tennero dietro a questa puntura che fu eseguita l'11 luglio. Anche il polso della paziente si fece assai frequente, e tutt'insieme il suo stato, sebbene non tale da indicare pericolo imminente, destava molta apprensione, giacchè pareva indicare un'infiammazione cistica. Il mattino del 20 luglio i suddetti sintomi avendo durato senza molto aggravarsi, la paziente fece uno sforzo per urinare, ma trovandosi impotente, mandò a chiamare il dottor Kirby, che la trovò in uno stato di collasso: dessa morì alle 4 pomeridiane dello stesso giorno con segni manifesti di tutti quei sintomi che d'ordinario tengon dietro alla perforazione di qualche viscere importante.

Si trovò che l'addome conteneva un fluido torbido, brunoastro, una miscela di pus diffuente e sangue, la quale era uscita dalla cavità pelvica e inondava gli interstizii delle anse intestinali. I vasi di ambe le faccie del peritoneo erano generalmente pieni, come quelli della superficie degli intestini, di poca linfa depositata a strato sottile quà e là evidentemente di formazione comparativamente recente. Oltre a ciò al di sotto dell'ombelico, e specialmente nella regione iliaca sinistra, v'era molta asprezza del peritoneo come per vecchia peritonite, e sulla superficie rugosa v'erano molte macchie nerastre piccole, vecchie echimosi. I visceri contenuti nella pelvi erano limitati in alto da un ansa di intestino che era aderente alla superficie superiore dei visceri pelvici, e formavano così una specie di cisti o sacco, nel cui lato sinistro v'era un piccolo squarcio triangolare di circa un centimetro e mezzo di lunghezza, attraverso il quale i suoi contenuti erano sfuggiti nell'addome. Questo sacco, che era limitato dal lato sinistro dell'utero, conteneva ancora 200 grammi di pus osceo come quello trovato nell'addome. La ragione del non finire dalla puntura fatta dalla vagina si scoperse nella presenza di uno strato di grumo nero assai resistente di circa 4 millimetri di spessore che tappezzava la metà inferiore del sacco, ed era quasi tanto resistente come un pezzo di cuoio, cosicchè la punta del trocar non l'aveva traforato, ma l'aveva staccato dalle pareti della cavità e così aveva mancato di evacuare il contenuto. L'ovario destro conteneva una cisti del volume di un piccolo uovo di gallina, ed anche un grumo recente del volume di una mandorla dolce. Non si potè rintracciar comunicazione alcuna fra le tube e il sacco; ma l'ovario sinistro, dietro la più diligente ricerca, non si potè trovare tra le pieghe ingrossate ed allorate del legamento largo. Il tumor pelvico era scomparso completamente dopo morte.

Questo caso richiede poco commento, sebbene spieghi assai bene alcune delle forme più caratteristiche dell'ematocele uterino. Il disturbo di mestruazione, il dolore nell'esercizio della funzione, la comparsa del tumor pelvico, la durezza sono tutti fenomeni che lo studio anteriore dell'affezione ci ha fatto conoscere, e che, se ci fosse mancata la cognizione dello stato nell'utero antecedentemente alla formazione di tale tumescenza, avrebbero fatto nascere il dubbio dell'esistenza di un tumor fibroso. Viene poi la scoperta del tumore nella regione iliaca, sempre sensibile, spesso sede di dolor acuto aggravato da parossismi, e aumentato specialmente ai periodi mestrui: la causa del qual dolore è spiegata in parte dalle tracce evidenti di peritonite pelvica di vecchia data. In seguito vi si può aggiungere le variazioni nel volume di ambi i tumori, l'esterno e l'interno, coincidenti senza dubbio coll'evenienza di nuova effusione di sangue o col suo parziale assorbimento, e le differenti sensazioni di durezza e di elasticità che l'intumescenza interna comunicava al dito nelle diverse epoche. Da ultimo abbiamo i brividi ricorrenti, la poca marcata forma etica, l'incostante progresso verso una convalescenza che sembrava dover compiersi ad ogni istante e che non si otteneva mai effettivamente; poi l'intervento chirurgico, che bastò sebbene così lieve, a richiamare ad attività il male assopito, e a disporre la debil parete di una membrana avventizia a cedere; il che alla fine avvenne dietro il debole sforzo fatto nel tentativo di vuotare la vescica.

Vi sono parecchie condizioni con cui può confondersi questo ematocele uterino; cioè la gravidanza extrauterina, la retroversione dell'utero gestante, l'infiammazione del tessuto cellulare tra l'utero e il retto, e il tumore fibroso od ovarico; e i punti di rassomiglianza tra ciascuno di essi sono più che sufficienti a condurci assai facilmente in errore. La sospensione dei mestrui, il malessere addominale o pelvico, e il senso di stiramento in basso e all'indietro, sono sintomi comuni all'effusione di sangue dietro l'utero e ad una gravidanza extrauterina tra il secondo e il quarto mese, mentre il contorno generale del tumore è assai simile nei due casi, e v'è spesso la medesima pulsazione ragguardevole dei vasi distribuentisi in ambedue, sebbene io ereda che ciò non sia per niente affatto costante nel caso di ematocele uterino. Gli accessi di dolore nella gravidanza extrauterina sono però d'ordinario più intensi e più a parossismi, mentre il malessere negli intervalli è minore; manca la perdita di sangue, e l'utero esaminato colla sonda si trova aumentato di volume (*) od anche senza di ciò la condizione della bocca dell'utero e della porzione vaginale della cervice, colle labbra gonfie, coll'orificio chiuso e col tessuto tumido, differisce assai dallo stato com-

(*) Riguardo alla deduzione da farsi dalla misura della cavità uterina, il dottor Matteo Duncan dà l'importante suggerimento che « l'utero si trovò molto allungato in tutti i casi da lui ricordati, quando l'ematocele era vasto, e in tutti diminuì col restringersi del sacco sanguigno ».

pletamente non sviluppato di queste parti nei casi d'emorragia per-riuterina.

Lo spandimento, quando è considerevole, può produrre, come nel caso che riportai, la completa retroversione dell'utero; condizione che associata, come è talora, colla sospensione dei mestruî per due o tre periodi può dare il sospetto di gravidanza, e condurro a ritenere il tumore essere il fondo dell'utero ampliato e spostato. Il prof. Cr    di Berlino riferisce un caso in cui queste circostanze stesse lo condussero pel momento in errore, ed in cui egli tent   invano di ridurre ci  che egli supponeva esser l'utero gravido e retroverso. L'ulteriore osservazione lo mise sulla giusta via, e le stesse considerazioni che rettificarono le sue diagnosi ponno trattenerci dall'errore. La cervice e la bocca dell'utero non presentavano alcuno dei cambiamenti della gravidanza: la vescica non era affetta, e la sonda uterina che entrava subito nella direzione normale non poteva essere girata attorno colla sua concavit  all'indietro, n  esser spinta entro il tumore sebbene sembrasse intimamente connesso all'utero.

I caratteri del tumore nei casi d'infiammazione del tessuto cellulare uterino rassomigliano d'avvicino a quelli dell'ematocele uterino, o la storia e i sintomi presentano una stretta analogia nelle due affezioni. Per   vi sono tra di loro alcuni punti di differenza che sono in genere sufficientemente marcati da preservare dall'errore l'attento osservatore. L'accesso pelvico   in generale conseguenza di parto o aborto, mentre   quasi mai associato con alcun'altra forma di disordine mestruo in fuori della sua *repentina soppressione*; i sintomi infiammatori sviluppandosi direttamente dietro quell'accidente. L'ematocele uterino, al contrario,   di rado la conseguenza immediata di una sola soppressione di mestruazione;   non di rado preceduto da menorragia, ed   spesso accompagnato, almeno per un tempo, da copioso scolo di sangue; sintomo che non s'accompagna mai all'infiammazione del tessuto cellulare in vicinanza all'utero. Non sono sicuro che la consistenza del tumore dia una guida certa per un'esatta diagnosi, giacch  il grado di durezza dell'ematocele uterino   soggetto a molte variazioni, ma pu  farsi molto conto della circostanza che a nessun'epoca vi   lo stesso ingrossamento ed indurimento all'ingiro di esso tanto rimarcati in quella parte di parete vaginale adjacente a qualche raccolta di pus (101).

(101) lo penso che la condizione morbosa pi  difficilmente differenziabile dall'ematocele sia il flemmone retro-uterino, nel suo stadio primo e in quello d'esito suppurativo, e che come tale meriti qualche parola dilucidativa;   l'impressione datami dai due soli casi di ematocele ch'ebbi a vedere, e che mi curai di porre a fronte nei loro dettagli coi molti occorsimi di flemmone. Parmi infatti che in quest'ultimo la parabola ascendente dei sintomi sia raggiunta assai pi  lentamente di quanto avviene nell'ematocele: e lo si capisce dacch  la locale condizione si fa in questo repentinamente, e pur

Lo cisti ovariche ponno occupare, quando sono piccole, la stessa località dell'ematocele uterino; però non sono così subitanee nella loro comparsa, nè così rapide nel loro crescere; mentre, sebbene il loro sviluppo si associi spesso a irregolarità mestruale, non sono accompagnate da alcuna perdita sanguigna costante. I tumori ovarici inoltre non discendono egualmente in basso entro la saccoccia retto-vaginale, e non producono per ciò la stessa difficoltà alla defecazione, ed inoltre non sono così intimamente connessi alla parete uterina, e l'utero può di solito col mezzo della sonda esser completamente isolato dall'intumescenza vicina.

Quantunque ciò sia vero, però non si deve dimenticare che la esistenza di un tumore ovarico si scopre talora subitanamente, in causa di qualche special incomodo, di dolore o di disturbo mestruo inusitato da esso arrecato; inoltre sappiasi che ponno esistere le due condizioni assieme, e infine che la protrusione della parete retto-vaginale in casi di ematocele, sebbene d'ordinario assai marcata, è talora tutt'affatto mancante, e questo ancorchè la raccolta di sangue sia estesa, e il tumor addominale abbia preso un considerevole volume. Nel primo caso riportato dal dottor Duncan, sebbene il tumore arrivasse all'altezza dell'ombelico, cosicchè il suo contenuto fu evacuato colla puntura della parete addominale, pure l'evidenza che la raccolta del fluido sanguigno non era contenuta entro una cisti ovarica sembra a me, come anche a lui stesso, decisamente preponderante. Molti esempi dell'istesso genere sono pure ricordati, ed uno fu osservato da me (sebbene non lo comprenda fra quelli su cui fondano le mie osservazioni) in cui il grande volume raggiunto dal tumore addominale associato alla mancanza di ogni sua protrusione in vagina, mi indusse a credere che il tumore fosse ovarico, sebbene abbia sempre avuto gravi dubbii dappoi circa l'esattezza di tale opinione.

Nel maggior numero di casi la distinzione tra un tumor fibroso ed un'effusione di sangue sarà cosa di poca difficoltà, sebbene si

repentinamente vengono destati i fenomeni di reazione da parte della sierosa peritoneale. Quando si stabilisce in essa un processo flogistico, per cause comuni estrinseche a versamento qualsiasi, hannovi sempre prodromi più o meno chiari che si rivelano con addolentatura intrapelvica alla quale in appresso seguita vivo dolore, con locomozione penosa dapprima, indi impossibilitata, con malessere generale al quale subentra la reazione viva più tardi; contrariamente a ciò che accade nell'ematocele uterino, in cui il dolore sopravviene spontaneo e sul bel principio violento. Oltre di che il tumore interno, che nel flemmone d'ordinario non è posteriore, ma laterale, si fa maggiore per gradi e sempre più dolente, mentre nell'ematocele o si mantiene in una estensione eguale durante tutto il suo decorso, o cresce di poco in appresso: infine lo spostamento dell'utero è repentino e marcato nell'ematocele, lento e progressivo nel flemmone.

DE-CRISTOFORIS.

sappia che persone assai competenti hanno talora preso l'uno per l'altro. Non devesi dimenticare che la storia che si ha della malattia di una paziente è troppo spesso imperfetta, esagerata e sotto molti riguardi tutt'affatto inesatta. In secondo luogo la presenza di un tumore nella regione iliaca non chiarisce per nulla le difficoltà circa la natura di quello che si sente dalla vagina, giacchè possono essere ambidue dipendenti da effusione di sangue, mentre e dolore e irregolarità di mestruazione possono associarsi ad ambedue le affezioni: il grado di resistenza del tumore è dato assai insufficiente per potervi fondare la diagnosi, e quando si commise errore ne fu la causa principale. Credo che un tumor fibroso, situato in modo da essere preso in isbaglio per un ematocele, devierà l'utero molto più che uno stravasato delle stesse dimensioni; ed inoltre, che tale spostamento sarà di rado limitato al solo innalzamento dell'utero ed alla dislocazione laterale, ma che l'organo sarà anche rotoverso, o la sua posizione sarà in altro modo manifestamente cangiata. Il tempo però toglierà quasi di certo ogni dubbio, la cui soluzione immediata è di rado molto urgente; e non deve dimenticarsi che tre quarti dei nostri errori di diagnosi derivano dall'inutile smania di soluzione.

Coi miei otto casi ne ho raccolto 102 di ematocele uterino, di cui 20, o quasi un quinto rinscirono fatali. Io penso che vi possa essere ben poco dubbio intorno all'essere la sua solita letalità molto minore di quanto sembrerebbe da questi dati imperfetti; giacchè da una parte alcuni casi furono riferiti come rarità patologiche, e dall'altra molti, che ebbero un esito favorevole, vennero ommessi. Molti anche furono passati sotto silenzio perchè sembra assai viva la disposizione all'assorbimento spontaneo del sangue effuso, a meno che la quantità stravasata sia enorme: cosicchè disordine mestruo e dolore addominale spesso si dissiparono senza aver destato un sospetto del loro rapporto coll'emorragia attorno all'utero od entro la cavità del peritoneo.

Le tavole seguenti daranno luce su molti punti risguardanti la patologia e il trattamento del male.

Di 55 casi di ematocele uterino trattato col metodo aspettativo, 43 guarirono, 12 morirono.

Dei primi — Il sangue fu assorbito	in 30
" scolò dal retto	" 7
" " vagina	" 4
" " utero	" 1
" " nel cavo peritoneale	" 1

Delle 12 morte, 1 ebbe luogo per tisi.

"	1	"	per tisi albuminurica.
"	1	"	per sopraggiunta dissenteria.
"	1	"	gran debolezza e vasto ascesso della coscia;

e sono perciò attribuiti solo indirettamente alla effusione sanguigna.

Delle 8 restanti —

1	ebbe luogo per	piemia dopo che il tumore era scoppiato nel retto.
1	"	" emorragia intestinale.
2	"	" " entro la cisti.
1	"	" " e per la vagina.
1	"	" rottura nel ventre e peritonite.
2	"	" peritonite senza rottura di cisti, coll'infiammazione acuta in un caso e cronica nell'altro.
—		
8		

Di 48 casi, in cui si ebbe ricorso all'intervento chirurgico, 40 guarirono, 8 morirono.

In 38 delle 40 guarite la puntura fu fatta dalla vagina.

In 2 delle 40 guarite la puntura fu fatta nell'addome.

Sulle 8 morti —

1	ebbe luogo per	peritonite dietro la puntura dall'addome.
		Negli altri casi la puntura fu fatta dalla vagina.
1	"	per rottura della cisti dopo inefficace puntura.
1	"	" piemia, i di cui sintomi precressero la puntura.
1	"	" piemia in seguito alla puntura.
1	"	" emorragia dalla ferita.
2	"	" " entro il sacco dopo la chiusura della ferita di punta.
1	"	" peritonite.
—		
8		

Veniamo infine all'importante quistione del trattamento appropriato di quest'affezione. Di rado accade (sebbene talora incontestabilmente) che il sangue è versato in tanta abbondanza da produrre un pericolo immediato alla vita della paziente; in tali circostanze l'applicazione locale del freddo, l'uso degli stimolanti e dell'opio, dato come nei casi di perforazione intestinale per le sue proprietà stimolanti più che

per le sue proprietà sedative, è chiaramente indicato (*). Vidi una volta un caso che credo fosse di questa natura. Ezzo avvenne in una donna tra i 30 e i 40 anni, madre di un figlio, che era mestrualata irregolarmente solo alcune volte. Al terzo giorno di una mestruazione assai abbondante di subito cadde in uno stato di grande prostrazione, cui l'emorragia esterna era infatti inadeguata a dar ragione. Essa svenne e giacque a lungo in una condizione di sincope, il polso ne era quasi impercettibile, la pelle era fredda come quella di un malato nello stadio di colapso da colera, ed io la credetti morente quando la vidi circa cinque ore dopo l'invasione di questi sintomi. Un' esplorazione vaginale non diede lume alcuno in tal caso, giacchè non si scopriva alcun tumore nella pelvi, ma si temeva che il sacco di una gravidanza extrauterina fosse scoppiato, e che la scossa dipendesse da questa causa. Si applicò il ghiaccio alla vulva e al pube, si amministrarono l'opio e gli stimolanti, e si attese a toner calda la superficie del corpo. La mattina seguente vidi l'ammalata dopo un intervallo di 18 ore. Essa erasi alquanto riavuta, ed io intesi, giacchè non la vidi più altre volte, che erasi recuperata lentamente, senza aver mai presentato sintomi di infiammazione peritoneale.

Casi simili a questi sono rari; e di solito i sintomi che si hanno a trattare sono molto identici a quelli di infiammazione delle dipendenze uterine, e devono trattarsi alla stessa guisa col riposo assoluto, con cataplasmi, con sedativi, e coll'uso continuato dei rimedii mercuriali. Al ritorno di ciascun periodo mestruo, bisogna raddoppiare di precauzione, giacchè è sotto condizione di eccitamento generale della circolazione e di speciale congestione degli organi sessuali allora esistente, che è facile avvengano nuove emorragie. Applicai talora poche mignatte alla regione iliaca, quando la tensione sembrava molto forte ed estrema la sensibilità, ma non ebbi mai ricorso a larga deplezione locale come mezzo di frenare l'emorragia e di affrettare l'assorbimento del sangue già effuso.

Aran però (**) adottò un piano molto più attivo, e come egli asserisce, con risultati assai ragguardevoli. In un caso in cui l'effusione sia recente, e la condizione costituzionale della paziente non lo controindichi, egli fa applicare da 20 a 30 sanguisughe sul tumore addominale; il giorno appresso da 15 a 20 nella stessa località; da 12 a 15 il terzo giorno se lo permettono le forze della paziente; ed è ben raro che faccia bisogno una quarta applicazione. Le pazienti sono tenute ad una dieta nutriente, mentre si opera con questa sottrazione locale, a cui si fa seguire subito che sia possibile l'uso di vescicanti e frizioni, o altre applicazioni d'iodio all'addome. « Con questi mezzi, dice Aran, — ed egli dettaglia casi ad

(*) In un libro molto meno conosciuto di quel che si merita, *Problemi Medici*, del dottor Griffini di Limerick, havvi un capitolo il più suggestivo dell'uso dell'opio come stimolante, che dovrebbe studiarsi da tutti, specialmente da coloro che si occupano nella pratica ostetrica.

(**) Op. cit. pag. 817-822.

appoggio della sua asserzione — ridussi a 15 giorni in alcuni casi, o da 20 a 30 in altri di natura meno favorevole, il decorso di una affezione, che fu dagli antecedenti scrittori in proposito giudicata di molti mesi ».

L'esperienza di persona così cauta e così degna di fiducia, come Aran, richiede considerazione, e la pratica che si basa su di essa merita un esperimento (102).

Ma sia che si adotti un piano antiflogistico più o meno attivo, la gran quistione che si presenta nel gran numero dei casi riguarda la convenienza o meno dell'intervento chirurgico. Le opinioni su tal punto differivano pel passato molto più che al presente, ed ora sembra osservi quasi unanimità tra gli scrittori francesi circa l'inopportunità di agiro in queste raccolte di sangue. I casi da me raccolti da tutte le parti (il che feci tenendomi assai guardingo dal computare gli stessi due volte) sono affatto insufficienti a decidere la questione. Credo però tendano a dimostrare che i pericoli della puntura sono meno considerevoli di quanto alcuni de' suoi oppositori li supposero, e inoltre che sono appunto della stessa specie di quelli che si riscontrano nei casi abbandonati interamente alla natura (*).

L'emorragia molto tomta è evidentemente una rara eccezione, e il sopraggiungere di sintomi fatali di picmia o peritonite, non è per nulla limitato ai casi in cui si ricorse ad intervento. Pure questi sintomi furono senza dubbio accesi dalla puntura della cisti, anche in molti casi che eventualmente guarirono; mentre il pericolo di rottura entro il peritoneo è per nulla prevenuto con cortezza, anche dopo aver stabilita una libera comunicazione colla vagina o col retto. In 3, su 4 de' miei casi in cui si punse la cisti dalla vagina, l'operazione fu seguita da infiammazione peritoneale che fu una volta as-

(*) I casi del dottor Dunean sono pure valevoli come illustranti la felice puntura di queste raccolte sanguigne, sia che si accetti o no la sua opinione circa la loro sede ordinaria extraperitoneale.

(102) Debbo confessare che mi riesce assai difficile il concepire l'utilità del metodo di cura usato ed insegnato da Aran. Le moderne osservazioni di fisio-patologia ci hanno appreso per quali vie possano risolversi tali effusioni sanguigne, e ci additano le evoluzioni regressive e progressive per le quali debbono passare gli elementi, di cui consta il liquido stravasato. Il sanguisugio non può avere influenza alcuna sul tramutamento intimo di questo, alla stessa guisa che non ne può avere la sottrazione dal braccio su di uno stravasato faitosi nel cellulare o su di un nucleo apopleptico avvenuto nella sostanza cerebrale. A mio credere anzi in simili pazienti l'elemento vitale vi deve essere mantenuto nelle migliori condizioni possibili, atteso l'esito di simili effusioni sanguigne, la suppurazione cioè sempre a lungo protratta, atteso il deterioramento già subito per la quantità di sangue effuso nel peritoneo, atteso infine il bisogno di coadiuvare, col vigore delle funzioni tutte organiche, all'assorbimento dell'essudato e dell'effusione.

sai grave; e l'esistenza di un'apertura in vagina non prevenne in quel caso lo stabilirsi di una comunicazione coll'intestino, e lo scarico di molto sangue dall'ano. Perfino una puntura esploratoria non è sempre scevra da pericolo, come dimostra l'ottavo mio caso; mentre la causa di non riuscita fu pure riscontrata in altri casi, in cui il coagulo del sangue aveva formato un grosso strato di fibrina entro il sacco, ed aveva per tal modo impedito lo scarico del fluido contenuto.

Caleolando i risultati della mia esperienza con ciò che posso raccogliere da quella degli altri, io sarei disposto

a non pungere la cisti:

1.^o finchè l'effusione è recente, e v'ha perciò probabilità ragionevole che sarà assorbita; 2.^o finchè l'effusione, ad onta che sia vecchia, è in corso di diminuzione graduale, sebbene anche lenta; 3.^o fino a che l'aumento periodico dell'effusione, coincidente col ritorno dell'epoca mestruale, mostra essere tuttora attiva la causa che la produsse;

a pungere la cisti:

1.^o quando un'effusione esistente da molto tempo mostra poca o nessuna tendenza ad essere assorbita; 2.^o quando il comparire di brividi e di sintomi etici prova che la suppurazione ebbe luogo; e in tali circostanze io pungerò attraverso le pareti addominali, semprechè il tumore non sia facilmente accessibile dalla vagina.

LEZIONE XXIV .

MALATTIE DELLE PARTI ANNESSE ALL'UTERO. INFIAMMAZIONE E SUOI ESITI. PROCESSI ANALOGHI

Infiammazione delle dipendenze dell'utero; — degli ovari.

Infiammazione delle ovaia, stato imperfetto delle nostre cognizioni.

Apparenze morbose, infiammazione frequente della loro superficie peritoneale; infiammazione rara del loro parenchima.

Cangiamenti prodotti dall'infiammazione nelle vescicole di Graaf; suppurazione e ascesso ovarico.

Sintomi dell'infiammazione ovarica, della sua forma acuta dell'ascesso dell'ovario, casi dimostrativi.

Infiammazione cronica dell'ovaio, sua frequenza probabilmente esagerata; attribuibile carattere neuralgico dei sintomi. — Casi di ovarite subacuta; rapporti fra esso e il così detto spostamento dell'ovaia.

Nota sull'ernia dell'ovaia; e sulle cisti sierose dell'utero.

Nel corso di queste lezioni ebbi spesso occasione di lamentare le poche complete nostre cognizioni, l'imperfezione dei segni dietro cui siamo costretti d'agire; e fui restio ad accontentarmi di indizi e di suggerimenti, comunicando semplici frammenti di cognizioni dove pure sentiva che era molto necessario il fare dichiarazioni definite e dare precetti positivi.

Temo che molta parte dell'argomento della odierna lezione debba da me essere trattata solo dietro queste norme imperfette, a meno che io trapassi di molto i limiti delle mie cognizioni, e prenda un'aria di sicurezza, dove le mie convinzioni sono ben lungi dall'essere fondate. Alcuni fatti a vero dire sono bene conosciuti ed ammessi universalmente, come la frequenza dell'infiammazione acuta dell'ovario quale complicazione della peritonite puerperale, e la sua rarità in altre circostanze; ma la frequenza, i sintomi e l'importanza delle

forme più croniche dell'infiammazione delle ovaie sono questioni che ebbero responsi assai diversi, e per la cui finale decisione mi sembra che manchino ancora dei dati.

Le difficoltà, alle quali mi riferiva, non provengono già dalla rarità con cui si scoprono le apparenze morbose nelle ovaie, ma piuttosto dall'incertezza che provala circa la loro natura e la loro importanza. In 21 casi su 66, in cui ebbi ad esaminare l'utero e le sue dipendenze nell'adulta, gli ovari stessi e le parti immediatamente connesse ad essi presentavano cangiamenti più o meno chiaramente dovuti all'azione infiammatoria. In 10 su 21 casi la prova evidente di infiammazione consisteva in tracce di vecchia peritonite delle dipendenze uterine, ed in 5 su tal numero non v'era segno di altro male più recente. Il grado di questa peritonite variava assai. In alcuni casi era limitata ad un lato, e i suoi esiti non erano più considerevoli di uno strato sottile e parziale di falsa membrana sulla superficie dell'uno o dell'altro ovario, e di aderenze lunghe filamentose tra l'ovaia e il tubo falopiano. In altri casi una rete completa di false membrane involuppava gli ovarii, ingrossava i legamenti larghi, e colla sua contrazione accorciava i legamenti ovarici, stirando così gli ovari molto più vicini del naturale ai lati dell'utero, mentre all'istesso tempo essi e le tube falopiane erano strettamente e inestricabilmente riunite assieme. Talora anche non solo erano gli ovarii stirati vicini all'utero, ma la posizione loro era cangiata sotto altri rapporti, essendo essi attaccati in basso e sul di dietro dell'utero, come appare dalle seguenti note sull'esame del corpo di una donna, che morì a 37 anni di bronchite cronica ed enfisema, e ch'ebbe tutti i parti, come asseriva suo marito, affatto naturali. Le dipendenze uterine d'ambo i lati erano in quella ripiegate in doppio dietro l'utero e unite assieme in tal posizione da vecchie aderenze solide, nel cui tessuto cellulare oravi frammisto molto grasso granulare sodo: le tube falopiane d'ambo i lati erano convolute, dilatate al volume d'un mignolo, per la presenza entro di esse di una densa secrezione rossa come una miscela di sangue e muco: ognuna era aderente assai all'ovario corrispondente, cosicchè era quasi impossibile il separarle colla dissezione: sebbene attorcigliate intorno, come è descritto più sopra, esse non oltrepassavano la linea mediana, ma s'attorcigliavano intorno ad ambo i lati dell'utero: aprendole presentavano l'apparenza di un numero di sacchetti comunicanti liberamente, non dissimili da una sezione del *Fucus marinus*; e la destra, che era la più grossa delle due, nel suo punto più largo, lontano cioè $2\frac{1}{2}$ centimetri dall'utero, misurava 2 centimetri e 7 millimetri quando fu aperta. Questo ingrossamento continuava, sebbene minore, fino a circa 8 millimetri dall'utero, ove scompariva; il poco che rimaneva delle tube, sebbene pervio, non era più largo del naturale: le pareti dei dotti erano assai grosse, la loro tessitura muscolare assai distinta, e la loro membrana interna robusta, densa, facilmente distaccabile dal tessuto sottostante, e presentante una su-

perficie alquanto liscia, l'ovario sinistro era molto atrofico, e si distingueva con difficoltà in mezzo al tessuto cellulare ingrossato e all'adipe che abbondava ad ambo i lati dell'utero ed entro le pieghe del legamento largo: l'ovario destro era molto più grosso del naturale, sebbene il suo tessuto proprio fosse ben poco distinto: il suo volume, che era quello di una grossa noce per gran parte dovevasi ad una cisti, tappezzata da una membrana liscia e levigata, e riempita di sangue denso grumoso, contenente anche qualche vecchio coagulo, che con poca forza si staccava.

In altra casi trovai le stesse condizioni delle dipendenze uterine in grado minore e l'ovario atrofico: atrofia apparentemente derivante dalla sua compressione per la formazione intorno ad esso di una falsa membrana: condizione alla quale assai probabilmente deve attribuirsi la sterilità, che segue di frequente un attacco di peritonite, e la permanente soppressione dei mestruî che talvolta, sebbene più di rado, tien dietro all'istessa causa.

Più importanti delle alterazioni indotte dall'infiammazione sull'esterno dell'ovario sono quei cangiamenti che essa produce nella loro sostanza, e specialmente nelle vescicole del Graaf. La sostanza propria delle ovaie non presenta spesso, eccetto nello stato puerperale, apparenze indicanti l'infiammazione e i suoi esiti. Il rammollimento del loro tessuto, l'infiltrazione di pus che talora si forma così subitamente in tal abbondanza da produrre la rottura degli organi, e quello sfacelo del loro tessuto che si osserva talvolta nel corpo di donne morte durante epidemie di febbre puerperale, sono condizioni le quali, per quanto mi sappia, non s'incontrano fuori dello stato di gravidanza. Le affezioni del tessuto ovarico, fuori della condizione puerperale, sono, io credo, quasi sempre secondarie e subordinate a quelle delle vescicole del Graaf. Così, quando le funzioni degli ovarii non si esercitano più e gli ovuli non sono in corso di produzione e maturanza, troviamo la sostanza degli organi raggrinzata, densa, e frequentemente intersecata da linee bianche di tessuto cellulare solido; e appunto in modo simile lo troviamo gonfio, congesto e infiltrato, in unione ad uno stato turgido delle vescicole del Graaf, e colla presenza di tracce di infiammazione dei suoi involucri. In queste circostanze infatti troviamo l'intero ovario molto ampliato di volume; ma la mia esperienza coincide con quella di Kiwisch, il quale dice essere assai raro che l'organo fuori di gravidanza sia aumentato per affezione alcuna infiammatoria del suo stroma a più del doppio del suo volume normale (*) (103).

(*) Op. cit. vol. II, 2ª ediz. pag. 47.

(103) Io ebbi occasione una sola volta in una giovane sposa, non ancora madre, di distinguere nettamente il volume dell'ovaia destra per flogosi franca e acuta aumentata fino a quello di una noce, isolata affatto dal tes-

È nelle vescicole del Graaf istesso che troviamo, come infatti poteva provvedersi, gli esiti dell'infiammazione più importanti e di gran momento, per la circostanza che in alcuni casi è forse il primo passo nella produzione dell'idrope ovarica. Nel caso di donne morte durante o subito dopo la mestruazione è, come sapeto, assai frequente trovare uno stato di turgescenza generale dell'uno o dell'altro ovario con grau sviluppo di alcune vescicole del Graaf e iniezione fina della loro membrana esterna, mentre un grosso grumo occupa la cavità di quella vescicola da cui sorti l'ovolo. Tali apparenze nell'ovario sono fisiologiche, e si dissipano col cessare della congestione periodica che le produsse, lo stesso grumo venendo a gradi eliminato e la vescicola contratta scomparendo a gradi. Apparenze di natura alquanto simile s'incontrano però anche nou dipendenti dalla mestruazione ed in circostanze che indicano direttamente esserne causa l'infiammazione. Così nel caso di una prostituta di 20 anni, che era affetta da grave gonorrea all'epoca della sua morte per pleuropneumonia, fu visto tutto l'interno della cavità dell'utero coperto da copiosa secrezione puriforme, mentre la superficie al di sotto era di rosso-vivo, appunto come velluto rosso: questa condizione cessava in modo brusco là dove comincia la struttura pieggettata della cervico dell'utero, ma continuava lungo tutto il tratto dei condotti falopiani: questi erano pervii alle loro estremità uteripe, oblitorati alle loro estremità fimbriate, pieni di pus denso, che aveva disteso le fimbrie come piccoli sacchetti, mentre la loro membrana interna era di un aspetto finamente fiocoso e di un rosso vivissimo: gli ovarii erano piuttosto grossi, alquanto congesti: le vescicole del Graaf numerose e turgide, e la loro membrana presentava una bellissima apparenza, essendo attraversata da vasi assai minuti, e avendo l'aspetto come se fosse iniettata minutamente del più fino cinabro.

Non saprei esattamente quale sarebbe stato lo stadio consecutivo della malattia se la vita della paziente non fosse stata accorciata dalla polmonia. Probabilmente però, il contenuto delle vescicole sarebbe di poi cangiato, e con probabilità sarebbe diventato puru-

suti circonvicini, in guisa da esser sicno che nessuno di questi entrava a far parte dell'intumescenza. Del resto ogni qualvolta potei giudicare che l'ovaia trovavasi in istato di infiammazione, dovetti anche rilevare che l'intumescenza, presentatami all'esplorazione da quei casi, era per la massima parte costituita da flemmonosa compartecipazione dei legamenti larghi e del cellulare circostante le dipendenze di quel lato. Il caso isolato che qui ricordai mi presentò in confronto degli altri differenze fisiche tanto evidenti da non mettermi in alcun dubbio che solo allora m'era scontrato con un'ovarite semplice, il tumore essendo piccolo, rotondo e distinto, e che tutte le altre volte coll'infiammazione dell'ovaia associavasi flemmone delle dipendenze uterine e del cellulare periferico, il tumore essendo ampio, di forma e limiti indeterminati.

DE-CRISTOFORIS.

lento. Tale almeno era il contenuto di molte delle vescicole Graafiane nell'ovario destro di una fanciulla morta per peritonite acutissima, ed in cui si trovò una cisti distesa da pus, del volume di un arancio, connessa con quel viscere mentre molte vescicole del Graaf contenevano poche gocce di pus, sebbene non fossevi suppurazione del suo tessuto proprio, e l'altro ovaio fosse affatto sano.

La grossa cisti in questo caso probabilmente esisteva da molto tempo prima del principio della malattia fatale della paziente, e il sopraggiungere dell'infiammazione era verosimilmente il punto di tutto il guasto consecutivo. Come avremo occasione di vedere più tardi, il sopravvenire dell'infiammazione e suppurazione in una cisti ovarica è un accidente per nulla raro, e tale da accadere talora senza dar luogo a sintomi così gravi come potrebbe supporre. Però casi simili sono ben distinti da quelli da ascesso ovarico primitivo, i quali ultimi sono, io eredo, ancor più rari. Per lo più l'aumento di tali ascessi in generale progredisce lentamente, e il loro sviluppo è di solito associato a sintomi di disturbo costituzionale più grave di quello che accompagna lo sviluppo di un'ordinaria cisti ovarica; sebbene dopo qualche tempo non di rado diventino stazionarie, e rimangono tali anche per anni. Così nel caso di una paziente che morì 12 anni dopo la prima invasione d'infiammazione delle dipendenze uterine, e 4 anni dopo il secondo ed ultimo attacco dello stesso genere, l'ovario destro era tempestato di molti punti gialli di una materia simile a caseo molle, probabilmente risultante dal cangiamento del contenuto dello vescicolo di Graaf, mentre l'ovario sinistro, a cui era adesa la tuba corrispondente, formava un ascesso del volume di un arancio, ripieno di pus. La cavità di quest'ascesso era sinuosa, come se parecchie raccolte di pus si fossero fuse in una per probabile usura dei loro sepiamenti, e alla sua parte inferiore vi era una massa di materia eretacea del volume di una castagna.

Si presentano inoltre alcune apparenze, non molte rare, delle vescicole di Graaf, che si supposero e con molta probabilità, essere il risultato di cronica infiammazione o ad ogni modo di una pregressa flogosi. Tale è la perdita di trasparenza degli involucri delle vescicole, e specialmente la loro completa connessione in corpiccioli soli, bianchicci, o bianco-giallicci, simili a pollini, del volume di un piccolo pisello e di tessitura omogenea alquanto friabile. In alcuni casi lo stroma degli ovari sembra inalterato attorno a questi corpi, ma altre volte lo trovo che era sede di materia gialla simile a fibrina o infiltrata entro il centro dell'organo o depositata a strie che intersecavano il suo parenchima. Questa condizione inoltre era sempre associata a considerevole ingrossamento della capsula ovarica, e di color bianco pallido alla superficie; e l'ovario in generale era piccolo e raggrinzato, e conteneva poche vescicole Graafiane, e talora nessuna purchè quelle che avevano subito tale cangiamento. Non è però, come poteva supporre, risultato di puro deperimento per l'invecchiare e per la cessazione della funzione generativa, perchè trovai eguale

stato nel corpo di una donna che morì a 25 anni, e nei cui ovari v' erano non solo altre vescicole di Graaf sane, ma in una anche un grosso grumo mestruo ed altre tracce di mestruazione recente.

L'infiammazione acuta della sostanza dell'ovario non fecondato accade così di rado che non ebbi a curarne nessun caso, e ne ebbi ad osservare sol uno. Riferii già tal caso, come presentante un caso di suppurazione nei follicoli di Graaf istessi, ma la causa della morte fu l'invasione d'una peritonite generale.

La storia della paziente non forniva indizio della causa della sua malattia, perchè essa era una giovane donna non maritata, di 18 anni, conducente vita comoda come serva di casa, e che aveva mai avuto disordine dei mestruai, o alcun altro male uterino. La sua malattia si era prodotta spontaneamente quattro o cinque giorni prima della sua ammissione all'Ospitale, e non ad un periodo mensile, con dolore ai lombi e al ventre, febbre e languore: per il ch'è però non si era intrapresa alcuna cura prima che entrasse all'Ospitale. I suoi sintomi erano appunto quelli di peritonite generale; pelle arida, polso piccolo a 120, sete ardente, nausea continua, gran cefalea, addome pieno, teso, sensibile, e molto dolore nell'addome o ai lombi. Il suo stato non sembrava ammettere un trattamento attivo, e il giorno appresso il polso era salito a 160, il vomito era incessante, la materia vomitata era di color verdastro oscuro, l'addome era più teso, la sua sensibilità non scemata, ma il dolore si riproduceva ora a parossismi, tra i quali v'erano intervalli di quiete relativa. Diciotto ore dopo essa moriva, cioè circa 40 ore dopo il suo ingresso all'Ospitale.

V'era una peritonite generale; un litro di fluido purulento si trovò nel cavo addominale; e l'infiammazione s'era propagata alla pleura diaframmatica: l'utero e l'ovaia sinistra erano perfettamente sani: connessa all'ovaia destra vi era una cisti piena di pus, che arrivava all'orlo pelvico, e pus rivestiva la superficie esterna dell'ovaia e occupava le vescicole Graafiane.

Un decorso così rapido della malattia, ed una fine così grave, sono assai rari. L'infiammazione che comincia attorno alle dipendenze uterine dell'uno o l'altro lato, si estende di rado oltre il peritonco della immediata vicinanza dell'utero, ed anche quando è affetta la sostanza dell'ovaio e l'infiammazione arriva alla suppurazione, la paziente soffre per lo più di una malattia lenta consultiva; l'ascesso raggiungendo un grosso volume, e durando possibilmente anche per anni. Tale almeno è l'esperienza di Kiwisch (*) e la mia più limitata osservazione mi conduce all'identica opinione. Egli fa notare la disposizione dei sintomi a rendersi stazionarii cosicchè talora la paziente soffre principalmente in causa del disturbo mecca-

(*) Kiwisch, op. cit. vol. II, pag. 67, ricorda di aver visto un ascesso dell'ovario che conteneva 8 litri circa di pus. Io vidi 16 litri di pus puro svotarsi da una cisti ovarica; ma questo in un caso di idrope d'ovario, in cui sopraggiunse l'infiammazione della parete della cisti, evenienze di cui si farà ulteriore rimarco in altra lezione.

nico del tumore, mentre in altri casi l'arresto dei sintomi è di natura più imperfetto; la paziente continua ad emaciarsi; di tempo in tempo invadono accessi febbrili, e alla fine si manifesta una condizione etica, in molti casi indicativa della decomposizione del contenuto dell'ascesso, e la morte avviene o prima o subito dopo la sua evacuazione. Tutte queste forme furono da me osservate nei casi di cisti ovariche, in cui subentrò l'infiammazione, che convertì il loro contenuto in materia purulenta, ma solo una volta trovai un caso in cui si poteva credere che il tumore era stato un ascesso fin dal principio, e non fosse originato dall'infiammazione della cisti di un ovario idropico. In questo caso la malattia della paziente cominciò colla soppressione dei mestruj, 5 mesi dopo il matrimonio, avendo desso allora 26 anni. La sospensione dei mesi fu seguita da dolore nel lato destro dell'addome, verso la posizione della cresta dell'ileo ma estendentesi verso il lato opposto, aggravantesi col moto o fatica che la obbligava per la sua intensità, e pel disturbo generale costituzionale che lo accompagnava, quasi costantemente a letto, durante i sei mesi che precedettero la sua ammissione all'ospitale. Subito dopo il principio della sua malattia comparve un tumore alla regione iliaca destra, che dal suo curante si disse essere un ascesso. Un mese dopo che si sentì il tumore per la prima volta, ebbe luogo una perdita di pus dell'uretra, che continuò ad intervalli per qualche settimana, sebbene senza alcun cangiamento marcato nel tumore. La perdita allora cessò per qualche tempo, ma in capo a tre mesi ricomparve di nuovo e continuò occasionalmente finchè la paziente venne in mia cura, sebbene malgrado ciò il tumore era andato lentamente crescendo di volume.

Al suo ingresso la paziente sembrava assai malata, la sua apparenza era affannosa, il polso frequente, la lingua rossa all'apice e ai margini, e coperta di afte numerose. L'addome misurava 70 centimetri di circonferenza all'ombelico, il suo allargamento essendo dovuto ad un tumore piriforme sulla linea mediana, che occupava le regioni ipogastrica, ombelicale e la parte inferiore dell'epigastrica, e lateralmente si estendeva alle regioni lombare e parte inferiore delle ipocondriache. Il tumore dava segni manifesti di fluttuazione ed era assai sensibile alla pressione specialmente alla regione ipogastrica. L'utero era assai in basso e portato all'avanti più vicino del naturale alla parete pelvica anteriore. Non sembrava che fosse alterato o ampliato e non era fisso nella pelvi, nè v'era ingrossamento alcuno delle pareti vaginali. I movimenti dell'organo erano però difficoltà da qualche tumore, il quale sebben non affondasse entro il cavo pelvico, e non presentasse contorni distinti, si sentiva però che mostrava una resistenza generale alla pressione fatta in qualunque senso contro il fondo della vagina.

Tre settimane dopo l'ingresso della paziente cominciò a scaricarsi del pus dall'intestino, e nel corso di poco più di 15 giorni continuando tali perdite il tumore scomparve quasi affatto, sebbene con-

tinuasse a sentirsi molto dolore alla regione iliaca destra, e poco pus si raccogliesse d'occasione nel sacco dell'ascesso, e si scaricasse di tempo in tempo dal retto. Il progresso della sua guarigione fu ritardato da un attacco di flomasia dolens della gamba sinistra; ma circa due mesi dopo il suo ingresso all'ospedale fu dimessa perfettamente bene, e non poteva riscontrarsi traccia del tumore in nessun luogo.

In questo caso la rapidità dell'invasione, il carattere acuto dei sintomi che ne accompagnarono l'attacco, e la formazione rapida del tumore, son parimenti incompatibili colla supposizione che fosse un caso di idrope dell'ovario. D'altra parte la posizione del tumore nell'addome, la mobilità dell'utero e la mancanza d'ingrossamento ai lati dell'utero o alla parte alta della vagina, mostrano chiaramente che non era un caso di ascesso pelvico, o di infiammazione del tessuto cellulare entro le pieghe del legamento largo. Così arriviamo alla conclusione che la materia era secreta da un ascesso dell'ovaio dovuto all'infiammazione eccitata con ogni probabilità dalla subitanea soppressione dei mesi, che marcò il principio della malattia della paziente.

Non so che praticamente vi sia molto da profittare dai dettagli di un caso simile oltre la cognizione del fatto che l'ovarite acuta terminante colla suppurazione può invadere senza causa apparente, e che il tumore così formato può acquistare un gran volume, e può presentare tutti i caratteri di un ovario idropico. Per quanto riguarda la cura, credo sarebbe stato nel caso or ora narrato miglior consiglio il pungere il tumore ed evacuarne il suo contenuto subito dopo l'ingresso della paziente.

Non è dietro l'osservazione di casi come quelli finora riferiti, e che sono veramente altrettanto rari nella loro evenienza quanto formidabili nel loro carattere, che è nata l'impressione generale dell'importanza e della frequenza dell'infiammazione ovarica. L'ovarite tanto decantata dagli scrittori medici è detta essere per lo più o *subacuta* o *cronica* nel suo carattere. È un'affezione supposta capace di durare per molti anni senza condurre a grave alterazione di struttura, sebbene producente molto disordine funzionale e molte sofferenze locali. Disturbo di mestruazione di vario genere, sterilità e dolore nell'addome, più specialmente riferito all'una o all'altra regione iliaca sono i sintomi comunemente assegnati a questa ovarite cronica; e infatti un buon numero dei mali che furono riferiti da alcuni osservatori all'infiammazione della cervice dell'utero ed all'ulcerazione del suo orificio, furono da altri attribuiti colla stessa sicurezza all'infiammazione cronica dell'ovario.

La mia opinione si è che nella produzione di questi sintomi fu assegnata all'infiammazione cronica una parte maggiore di quanto possa provarsi essere realmente a lei dovuti. In nessuna classe di mali è il dolore un'indizio tanto inesatto circa la natura e l'importanza del processo morboso che lo produce quanto nei disordini del sistema sessuale della donna. Da una parto malattie del più grave carattere

percorrono talvolta il loro corso senza produrre alcun sofferimento finchè raggiungono uno stadio affatto superiore alle risorse, mentre d'altra parte dolori della più forte indole si producono in qualche caso per settimane o mesi, od anche per anni, eppure nè durante la vita, nè dopo morte può scoprirsi una ragione adeguata del loro accadere o della loro persistenza. Sembra perfino che i dolori, cui sono principalmente soggette le donne, non si limitano al tempo del parto, ma si estendano anche all'esercizio di tutte le funzioni sessuali. La gravidanza e la mestruazione, come pure il parto, sono in generale epoche di sofferimento, e lo stesso atto sessuale è non di rado associato o susseguito dalla stessa specie di dolore che si sente nell'infiammazione ovarica. Il dolore alla regione ovarica è compagno frequente del prollasso d'utero, e basta solo introdurre la sonda entro la cavità dell'utero per produrre un dolore, spesso con grande intensità, riferito alla regione degli ovai.

Ma mentre tali sintomi si riscontrano di frequente, sono pur allora senza causa preesistenti come in altri senza causa evanescenti; le ricerche degli anatomo-patologi non ci informano di cambiamenti tali negli ovai che possono esserne accusati come causa. Spesso infatti troviamo le tracce della peritonite circoscritta attorno gli ovai, ma le troviamo in casi, in cui non vi furono sintomi di carattere attivo durante la vita, e spesso anche là dove non esiste sintomo di alcun genere. Ma ad eccezione di quella evidente azione infiammatoria sulla superficie sierosa degli ovai, segno di un processo morboso che pure deve aver avuto un corso rapido, in questi organi vi sono ben pochi cambiamenti dimostrabili da un esame necroscopico, e questi sono limitati, o quasi, alle vescicole di Graaf e di ordinario a poche solamente di esse: inoltre in molti casi in cui si trovano tali apparenze, è di assoluta certezza che durante la vita tutte le funzioni sessuali seguivano con regolarità perfetta, e senza alcuna sofferenza. Non sono soddisfatto dell'opinione che presso che tutti i numerosi mali della maternità sieno dovuti all'infiammazione del collo dell'utero. Egualmente non posso vedere in queste apparenze le prove di infiammazione ovarica, e credo a che in 19 casi su 20, in cui le regioni ovariche sono la sede di dolore profondo, muto o insistente, e sembrano sensibili e piuttosto gonfie, non v'ha realmente malattia ovarica di sorta (*) ». Non posso finire la proposizione dicendo coll'Autore di cui ho citato le parole che i sintomi sono quasi sempre il risultato di qualche lesione uterina, giacchè credo che in molti casi i sintomi sono puramente neuralgici nel loro carattere, indipendenti da qualsiasi lesione locale, e guaribili meno con una cura che con rimedii diretti allo stato generale della costituzione (104).

(*) Dottor H. Bennet, op. cit. pag. 222.

(104) V'ha luogo a credere alla frequenza di questa specie di neuralgia intrapelvica, ed al frequentissimo errore di giudicare questa come un'o-

Le mie opinioni in proposito infatti corrispondono assai con quelle espresse dal dottor Churchill di Dublino (*) che descrisse questa classe di affezioni come risultato di irritazione ovarica. A questo epiteto per parte mia non vedo obiezione di sorta, sebbene, preferendolo, la più semplice designazione di dolore ovarico serva bene, ed egualmente bene, a imprimere nelle nostre menti il fatto che il semplice soffrire non implica di necessità la presenza o la previa esistenza d'inflammazione. Il dolore è per sè la malattia della paziente, ed anche questo varia molto nei diversi individui, e senza ragione, ed entro brevi intervalli nella stessa persona tanto in carattere che in intensità. È d'ordinario ottuso e cruccio, è accompagnato da sensibilità dolorosa alla regione iliaca: nel qual luogo può spesso scoprirsi un certo grado di pienezza, sebbene la percussione diligente scoprirà che questa pienezza è piuttosto dovuta alla presenza di gas nell'intestino che all'esistenza di alcun solido tumore. Sebbene questo

(*) *Dublin Medical Journal*, vol. XII, Agosto 1851, pag. 82.

vario. Giustifica tale modo di pensare, il vedere così spesso accendersi un dolore vivo, acuto, alla sede delle dipendenze uterine durante una mestruazione difficile, dopo un coito smodato, in seguito ad una irrigazione ghiacciata vaginale, ad una esplorazione delle cavità uterine a mezzo della sonda, all'applicazione di spugna preparata, ad una cauterizzazione interna; dolore assai diverso per forma e per sede a quello che si suscita per le medesime cause all'utero, e che deve a contrazione spastiche del suo tessuto. Io ricordo una signora, alla quale, fatta un'iniezione intrauterina astringente per catarro cronico delle cavità del corpo, sorse un dolore muto, ma lentamente crescente d'intensità alla regione dell'ovaia, destra, per guisa che si dovette ricorrere ai narcotici in vagina e per clistere, ed al riposo di tre a quattro giorni; di lì a circa tre settimane riprese la iniezione si suscitò lo stesso fenomeno doloroso, senza che nè dopo la prima invasione, nè dopo la seconda fosse rimasta intumescenza alla località previamente adolorata, per quanto diligente e profondo fosse l'esame esterno ed il vaginale, escludendo così il dubbio di un processo flogistico e lasciandomi certo sulla natura neuralgica di quel fenomeno. Identica cosa vidi nascere in altra signora in modo evidente e vivo, come in qualche altra malata si manifestò con minore intensità, per l'irrigazione fredda stata prescritta a beneficio di affezione uterina. Così che io credo esagerato il timore di suscitare un'ovarite operando sull'utero coi caustici o con altri mezzi, siccome vogliono molti autori: e solo accetto la maggiore facilità di destare una neuralgia ovarica od intrapelvica quando già l'ovaia o gli organi e tessuti vicini furono già sede di processi patologici, specialmente acuti. L'abbondanza di rami nervosi nelle regioni occupate dalle dipendenze uterine ci spiega del resto l'intensità del dolore, quando appena quegli organi e tessuti diventano sede di irritazione transitoria o di processo flogistico vero.

DE-CRISTOFORIS.

dolore cessi di rado completamente, è suscettibile di aumentare in parossismi; il passeggiare, il moto in vettura, la fatica di ogni genere, e talora perfino il restare per breve tempo in posizione ritta, lo aggrava considerevolmente. Quasi sempre la mestruazione aggrava molto alla sua gravezza, e il rapporto sessuale pressochè sempre lo aumenta, talora perfino induce un parossismo di molta violenza. L'estensione del dolore è variabile assai. Sempre più forte nella posizione dell'uno o dell'altro ovario (e per una ragione non spiegata generalmente nella posizione del sinistro) è talora limitato a tal punto, ma in altri casi si estende più o meno a tutti i visceri pelvici; si riscontra sempre allora la mizione difficile, frequente e dolorosa, e la defecazione pure di spesso accompagnata e seguita da forte dolore. Mentre la pressione alla regione iliaca è sempre dolorosa, un'esplorazione vaginale produce talvolta poco incomodo. In altri casi però produce dolore che perdura parecchie ore, e ciò anche quando non si trova traccia di malattia. Infatti in alcuni casi, in cui l'esplorazione provoca forte dolore, l'utero era più piccolo del naturale: condizione che associata colla sterilità della paziente, sembra indicare un imperfetto sviluppo del sistema sessuale. In quei casi, in cui le sofferenze della paziente erano gravi, vi erano quasi sempre segni palesi di temperamento isterico, spesso sintomi ovvii di steria; mentre, perfino anche quando non era il caso, il subito aggravarsi od il subito cessare del dolore, erano segni sufficientemente caratteristici del suo carattere neuralgico.

Sebbene di spesso indipendente da malattia reale, il dolore, quale fu descritto, è pure in buon numero di casi un fenomeno concomitante od un seguito di varii mali uterini. Naturalmente quando esiste una malattia di qualche natura, nostro primo dovere è toglierla; ma anche quando ciò si è ottenuto, il dolore sussiste spesso dopo la causa prima che lo suscitò; o quando sembra che sia scomparso completamente, può tornare durante la mestruazione, od esserc eccitato di nuovo da ogni imprudente sforzo o dall'atto sessuale.

Appunto alla stessa guisa del dolore ai lombi che ha sì gran parte nei mali minori delle donne, anche questo dolore ovarico, mentre è facilmente mitigabile, è assai difficile a guarirsi. Le mignatte non lo mitigano, o vi arrecano qualche sollievo solo per poche ore, giacchè poco dopo il dolore ritorna tanto forte come prima. I vescicanti talora apportano vantaggio, sobbene non di spesso nei casi in cui il dolore è più intenso, mentre talora sembrano piuttosto aggravare il malessere per la dolentatura che producono alla superficie. In alcuni casi ottenni molto sollievo col mantenere continuamente una compressa bagnata sul lato dolente dell'addome. Il cloroformio applicato al lato in generale arreca sollievo temporario, anche quando i parossismi dolorosi sono molto intensi; mentre un pezzo di filaticcio imbevuto in una miscela di parti eguali di olio e cloroformio e ricoperta con tela cerata è un'applicazione, che il paziente può usare costantemente a letto con gran vantaggio. Il la-

nimento di canfora coll'estratto di belladonna della nuova farmacia è un'altra applicazione esterna che trovasi vantaggiosa; e quando questi mezzi furono senza effetto, usai la tintura d'aconito con vantaggio, applicando la tintura non diluita col mezzo di un pennello, o ponendo un pezzo di tessuto di filaticcio inbevuto di essa sulla sede del male.

Questi sintomi talora scompaiono spontaneamente, cessando a gradi il dolore a misura che la salute generale della paziente migliora; ma non potei mai verificare la cessazione del patimento senza che abbia usato di qualche mezzo locale. È necessaria qualche precauzione nel loro uso, giacchè come per molti dolori neuralgici o per quasi tutti gli isterici, anche qui qualunque trattamento locale che volga l'attenzione della paziente alla sede del suo dolore può nuocere d'effetto, e perpetuare invece di rimediare il male. La cura della salute generale deve procedere di pari passo colla cura locale, — deve anzi, io credo, tener il primo luogo. Sarebbe qui inutile il far lunghe digressioni riguardo a questo argomento. Solo farò osservare che vi sono due tonici che in generale prestano maggior servizio. L'uno è il solfato di chinino, che quando è tollerato dalla paziente, produce lo stesso bene come negli altri casi di dolore neuralgico, sebbene in modo non così sicuro, nè in grado pari. L'altro è il valerianato di zinco, a cui io ricorro in generale quando il chinino è controindicato o non è sopportato. Non conosco che un solo inconveniente del suo uso, e questo è il sapore durevole che lascia in bocca, ed i spiacevoli rutti da cui sono tormentate le pazienti per ore dopo averlo preso, sebbene quando è dato in pillole coperte di foglia d'argento spesso sia evitato tale inconveniente. Vi sono per altro casi, quantunque io ereda il loro numero scarso, in cui l'infiammazione degli ovarii è meno dubbia. L'attacco in questi casi è di solito definito nella sua invasione, e per lo più succede a subita soppressione dei mestruj, o segue almeno qualche disturbo della funzione mestrua; o talvolta viene non molto dopo un aborto, sebbene io abbia una o due volte riscontrata tale affezione senza poterle assegnare alcuna causa probabile. Il disturbo febbrile generale, di solito poco intenso e non sempre iniziato da brividi, è accompagnato da dolore all'ipogastrico, o all'una o all'altra regione iliaca, dalla voglia frequente di mingere, e da urino di solito molto colorate e con deposito di litati. In complesso i sintomi sono come quelli che accompagnano un accesso di infiammazione uterina, eccetto forse che sono meno forti. Una esplorazione vaginale basta a mostrare che l'utero non è la parte affetta, perchè sebbene il calore della vagina possa essere alquanto aumentato, l'utero non è nè aumentato, nè sensibile, nè le labbra sue sono gonfie; mentre allo stesso tempo la pressione sulla parte alta della vagina all'uno o l'altro lato dell'utero, non solo produce molto dolore, ma assai spesso rivela il contorno indistinto di un ovario ingrossato. Talora infatti l'ovario può sentirsi assai distintamente, specialmente se, come è il caso or-

dinario, esso occupa il cul di sacco tra l'utero e il retto, e può in allora distinguersi molto più, chiaramente col dito introdotto nell'intestino che colla semplice esplorazione vaginale (*). I sintomi generali con assenza di affezione d'utero, e il dolore alla pressione sui suoi lati bastano ad indicare l'ovario qual sede delle sofferenze della paziente. Quando puossi distinguere il tumore, si riconosce essere l'ovario dalla sua forma ovale, dalla sua superficie liscia, dalla sua elasticità, da un certo grado di mobilità di cui si trova suscettibile, come anche da una particolare sensazione di nausea che la pressione su di esso produce.

Questi sintomi per lo più hanno un carattere abbastanza attivo per obbligarvi l'attenzione della paziente, mentre l'impiego del sanguisugio locale e del semicupio tepido, l'uso degli anodini e degli antiflogistici miti, e il riposo assoluto, insomma gli stessi rimedi che sarebbero applicabili nell'infiammazione d'utero, bastano in generale a toglierli nel corso di pochi giorni.

Però alcuni casi eccezionali si riscontrano talvolta in cui, in una forma alquanto mite, i suddetti sintomi continuano per mesi ed anni, e si trovano essere associati alla presenza dell'ovajo ingrossato e congesto nel cul di sacco tra l'utero e il retto. Il defunto dottor Rigby (**) fu, io credo, il primo che diresse l'attenzione a questo stato chiamandolo *spostamento d'ovario*, e i casi di esso che mi avvenne di notare consolidano l'accuratezza della sua descrizione; eccetto che io osservai che i parossismi di dolore non avevano per nulla l'intensità che ebbero in alcuno de' suoi casi.

Tal condizione pare essere assai rara giacchè io ne ricordo solo quattro casi sebbene abbia visto alcuni pochi altri esempi di cui non tenni nota. Le pazienti in tutti i miei casi erano donne maritate, di cui la più attempata aveva 32, e la più giovane 23 anni; ma il dottor Rigby riporta un caso in cui trovò tale stato in una fanciulla nubile di soli 18 anni. Due delle mie pazienti erano sterili; le altre due avevano figliato, ed in ambedue queste ultime datavano i sintomi dal loro ultimo parto. In tutte il dolore forte compagno dell'atto venereo aveva obbligato a gradi a cessarne l'uso, ed aveva molto influito nel fare che le pazienti cercassero soccorso medico. Oltre a questo però v'erano disturbi di dolore alla parte bassa dell'addome, sebbene più forte da un lato, aggravato dalla fatica e dalla mestruazione; spesso prodotto con grand'intensità dalla defecazione, e in generale più forte di notte che di giorno, impedendo così il sonno o producendo un riposo interrotto. In una paziente la mestruazione era normale, eccetto che era accompagnata da sofferenze non comuni, ma nelle tre altre la perdita era eccessiva in quantità, e anticipata nei

(*) Il dottor Lowenhardt fu il primo a chiamare speciale attenzione nel suo *Diagnostisch-praktische Abhandlungen, etc.*, 8.º Prenzlau, 1835, pag. 297, a quella sì di infiammazione otrica, e al valore dell'esplorazione dal retto come mezzo di diagnosi.

(**) *Medical Times*, 6 Luglio, 1850.

periodi del suo ritorno. La pressione in una regione iliaca aggravava sempre il dolore; ma i parossismi di dolore che si aggiungevano di quando in quando al malessere abituale, e che si associavano a senso di dolore lancinante e frizzante dell'utero, duravano talora per parecchie ore, invadevano senza che si potesse assegnarvi causa alcuna.

Questi sintomi si presentano con grande uniformità in tutti i casi, e in tutti coll'esplorazione dalla vagina si trovò dietro o meglio ad un lato dell'utero, oppure affatto nel cul di sacco tra l'utero e il retto, un corpo ovale, leggermente mobile, elastico, molto sensibile al tatto, e immediatamente riconosciuto dalla paziente come il centro da cui provenivano tutti i suoi patimenti.

In tutti questi casi, il riposo, l'astinenza dal coito e l'applicazione di mignatte alla vagina in vicinanza della parte dolente furono seguiti dalla graduale cessazione dei dolori, dalla diminuzione di volume dell'ovario gonfio e dall'abolizione quasi completa della sensibilità morbosa. Però in nessun caso vi fu una tale scomparsa del tumore sentito attraverso il fondo della vagina da dare l'idea che il principale elemento nella produzione della malattia della paziente fosse lo spostamento dell'ovajo, o che il miglioramento nella sua condizione fosse attribuibile all'aver l'ovajo ripresa la sua posizione naturale.

Io penso che i casi di questa specie devono riguardarsi come esempi di *congestione cronica dell'ovaja*, e di lento sviluppo del suo volume, più che esempi di pura deviazione di luogo nella posizione dell'organo. L'ovario ingrossato quasi sempre discende nella pelvi, e nei primi stadi dell'idrope ovarica lo si può sentire spesso dalla vagina ad un'epoca, in cui nessun tumore è percettibile nell'addome. Ma sebbene possa l'organo per sviluppo cangiare in apparenza la sua situazione, e quantunque inoltre il suo legamento si allunghi abbastanza prontamente, come vediamo nei casi in cui la cisti ovarica già ascende entro il cavo addominale, saremmo, io penso, però ancora in errore credendo l'organo così lassamente obbligato a suo posto che senza alcun' altra alterazione esso possa cadere in basso entro il cul di sacco tra la vagina e il retto, e che gli si possa far riprendere la giusta posizione solo col porre la paziente in una posizione supina. Il persistente gonfiore, che rimase percettibile ne' miei casi, sebbene il volume ne fosse ridotto colla cura, mi sembra indicare che l'infiammazione aveva interessato la superficie peritoneale dell'ovario, e l'aveva fatto aderire in basso dietro l'utero nella stessa guisa che accade in alcuni dei casi riferiti al principio di questa lezione. La delitescenza dell'infiammazione fu seguita da diminuzione di volume dell'ovario e della sua sensibilità esagerata, ma non dal ritorno alla sua pristina posizione. Io credo pure che qualunque sollievo possa provare una paziente in questi casi col prendere la posizione boccone può giustamente essere riferito al togliersi della pressione delle intestina sull'ovario congesto e

sensibile; pressione cui soggiace nella posizione seduta e adagiata (*).

(*) Vi sono due condizioni che non credo di passare sotto silenzio sebbene nessuna di esse mi sia accaduto di osservare. Una è l'ernia dell'ovario, di cui il migliore resoconto è ancor quello di Denaux nelle sue *Recherches sur la Hernie de l'Ovaire*, 8.^o Parigi, 1813, il quale raccolse i particolari di tutti i casi ricordati fino all'epoca della pubblicazione del suo saggio. I compilatori della *Bibliothèque du Médecin Praticien; Maladies des Femmes*, vol. I, pag. 643, hanno un lungo articolo sul soggetto, pel quale sono però debitori specialmente a Denaux; mentre l'elaborato lavoro di Meissner, vol. II, pag. 240, contiene altre relazioni di casi di spostamenti ovarici.

L'altra affezione della cui cognizione siamo interamente obbligati ad Huguier, è quella ch'egli descrive nelle *Mémoires de la Société de Chirurgie*, vol. I, 1847, pag. 475, sotto il nome di *Serous Cysts* sulla superficie esterna dell'utero. Nella lezione sul Cancro, descrissi produzioni di simile natura che mi capitò talora di osservare, sebbene i loro rapporti sembrassero alquanto differenti da quelli delle cisti di cui parla Huguier. Secondo lui esse si sviluppano appena sotto il peritoneo; altre volte nel tessuto cellulare sotto-peritoneale; o infine al di sotto di quello strato di tessuto fibro-cellulare che unisce il rivestimento sieroso dell'utero colla sostanza del viscere. La loro sede più comune sembra essere la faccia posteriore dell'utero, giacchè si trovarono occupare tal posizione in 7 su 13 casi, mentre erano situate solo 4 volte nella parete anteriore, e 2 volte sul fondo. Sebbene in generale sessili, sono talora unite all'utero per un collo sottile che talora si riduce ad un esile peduncolo di tessuto cellulare. Il loro volume varia da un grano di miglio alla grossezza di un ovo, od anche di un arancio, e le cisti più grosse potrebbero, massime se peduncolate, essere facilmente prese per cisti ovariche. La diagnosi differenziale sembra infatti appena possibile sebbene non ne derivi danno pratico da un errore. Huguier riferisce il loro prodursi ad attacchi anteriori di congestione uterina o di infiammazione peritoneale; accidenti però che sono così comuni in confronto delle cisti cui si suppone diano origine, che la loro influenza deve riguardarsi assai dubbia; almeno per me. I sintomi che producono, giudicando dai due casi in cui furono trovate durante la vita della paziente, sembrerebbero essere interamente meccanici, e derivare dalla loro pressione sugli organi vicini. In un caso la cisti fu forata dalla vagina; se ne evacuarono 60 grammi di siero trasparente, e la parete della cisti si toccò leggermente col nitrato d'argento. Il fluido non si raccolse di nuovo, nessun sintomo serio tenne dietro alla puntura.

La principale importanza di queste cisti è forse d'introdurre un nuovo elemento di incertezza nella diagnosi del tumore ovarico in primo stadio.

LEZIONE XXV

TUMORI E IDROPE OVARICA

- Disposizione speciale alla formazione di cisti entro l'ovario.
Varietà di cisti. — *Cisti semplici*; cisti dei corpi di Wolff; cisti veramente ovarica; loro rapporto coll'idrope delle vescicole di Graaf; loro struttura e contenuto; modificazione della forma loro, quando ne esistono parecchie assieme. — Ricerche circa le loro cause.
Cisti composte o proliferi; sviluppo possibile dalle cisti semplici. — Struttura e contenuto delle cisti composte e delle produzioni cisto-sarcomatose.
Produzioni alveolari o colloidi dell'ovario.
Cisti cutanee o grassose; loro specialità di tessitura e loro contenuto.
Frequenza relativa dell'affezione di uno o di ambedue gli ovarici, e delle diverse forme di tumore ovarico.

Nel corso di queste lezioni ebbi occasione frequente di ricordare l'ingrossamento dell'addome come compagno di varie malattie del sistema sessuale, come conseguenza e come uno dei segni della loro formazione. Ora però stiamo per esaminare una classe di malattie, il cui più frequente o più importante carattere si è di produrre allargamento del ventre: esso è il sintomo primo della loro esistenza, e ad esso si deve non poca parte delle pene della malata.

Ma mentre i tumori delle ovaie hanno in comune questo sintomo, differiscono grandemente in tutti gli altri rapporti. Essi avvengono nelle giovani e nelle attempate, nelle nubili e nelle maritate, nelle sterili e nelle donne che ebbero molti figli. Essi sono formati talora da semplici cisti che contengono un liquido sieroso, altre volte sono composti di materia solida, mentre in molti casi la loro struttura è identica a quella dei tumori che gli anatomo-patologi hanno unani-

memento designati per maligni. Il loro modo di crescere è talora rapido, altre volte lento, e la malattia, che sembrava in corso di rapido sviluppo, diviene talora stazionaria, e rimane così per mesi od anni; mentre di quando in quando la natura istessa interviene, e superando quanto il più abile fisico può fare, toglie completamente il male che di solito la medicina è impotente a curare. La loro diagnosi in alcuni casi assai facile, e in altri irta di molta difficoltà; eppure non v'ha altro male in cui tanto interessa una giusta diagnosi. Il giudizio che la supposta malattia è in realtà dovuta all'esistenza della gravidanza, o che la gravidanza sospettata non è che l'evidenza della malattia, ha spesso conseguenze morali suscettibili di toccare da vicino le profonde origini dell'umana felicità o miseria assai più di quelle che conseguivano alla assicurazione semplice, sebbene mai tanto positiva, della salute recuperabile, o di quelle che tengono dietro alla dichiarazione non avere l'avvenire altra prospettiva in fuori di quella d'una morte lenta e penosa. La prognosi da farsi e la cura da adottarsi portano pur seco le loro particolari difficoltà. La guarigione, quando sembrava esservi poco a sperare; la morte quando pareva che inspirasse poca apprensione; il trattamento medico abbandonato perchè riuscì inefficace; l'orrore dei procedimenti chirurgici, perchè si sanno pericolosi; nuovi fatti che sembrano ben poco ampliare la nostra esperienza, o servono solo a scoprire la fallacia di qualche piano di cura molto decantato; tali sono le incertezze e tali le difficoltà che s'incontrano quando ci domandiamo « Che fare? ». In breve non v'ha malattia, la cui patologia sia tanto imperfetta, i cui sintomi siano più incostanti, la cui diagnosi sia più oscura, o il cui trattamento si fondi su dati più incerti, quanto quelle vere malattie degli ovarii che sono pure così importanti, e allo studio delle quali devo pregarvi della vostra più paziente attenzione.

Nei diversi organi del corpo troviamo una disposizione più o meno marcata a formazioni morbose simili al suo proprio parenchima sano. Tale particolarità la si osserva nei tumori delle ossa, dei muscoli, dei nervi e del tessuto fibroso: ed anche nel caso di quelle formazioni, che per la loro non identità coi tessuti sani ebbero il nome di eterologhe, alcune della stessa disposizione può essere riferibile. Così il tumore canceroso nello ossa, mentre altera e distrugge il tessuto della parte in cui si forma, è però esso stesso fatto su uno scheletro osseo o una fabbrica ossea; o già vi feci rimarcare come perfino nel canero dell'utero, la massa dell'organo aumenta, non solo pel deposito morboso nella sua sostanza, ma anche per sviluppo del suo tessuto naturale.

È in accordo con questa legge che, specialmente nell'ovario (come in grado minore in tutti gli organi glandulari, quali il corpo tiroideo, il testicolo, la mammella) esiste una particolare tendenza alla formazione di cisti; e che 19 su 20 tumori ovarici sono produzioni cistiche.

Varie assai sono le classificazioni delle cisti ovariche che furono proposte, secondo che si consideravano semplicemente da un punto di vista pratico, o che venivano anche prese in considerazione le differenze più minuite nella loro struttura anatomica. Ed appunto per schivare le molteplici divisioni e suddivisioni, io mi propongo di conformarmi all'ordine adottato da Paget (*) e parlar prima delle cisti semplici o sterili, e poi delle cisti composte o proliferi. Questa distribuzione inoltre, credo, si troverà non solo esatta ma conveniente anche per la pratica.

La prima specie di cisti semplici è quella che, sebbene nella vicinanza immediata dell'ovario, è strettamente parlando non unita ad esso; io la nomino qui perchè fino ad un'epoca relativamente recente la sua natura fu malintesa, e si applicarono alle vere cisti ovariche conclusioni erronee basate su questa mala interpretazione.

Esaminando i cadaveri di bambine, e meno di spesso di donne adulte, dalla superficie inferiore delle tube falopiane, più vicino all'estremità fimbriata che alla sua estremità uterina, possiamo talora veder pendere piccole cisti esili, di grossezza variante da un pisello ad una ciliegia, munite di sottil peduncolo da 3 a 7 centimetri di lunghezza, e contenenti un fluido trasparente, sieroso o leggermente gelatinoso. Talora si vede avere tale cisti gli stessi rapporti colla tuba falopiana, ad eccezione che è sessile invece che pedunculata. Talora pure una cisti di volume maggiore può riscontrarsi entro la duplicatura del legamento largo situata tra l'ovario e la tromba falopiana, ma evidentemente non originante nè dall'uno nè dall'altra; e le cisti di quest'ultima specie, diversamente dalle altre, si osservano nei soggetti già sviluppati. La diversità della sede loro sembra essere il solo punto di dissomiglianza tra di esse, giacchè la parete di ambedue è composta di una membrana sottile, di anormale tessitura, incapace di poter essere divisa in strati, spesso fornita, sebbene non sempre, di un involucri di epitelio nucleare; mentre il loro contenuto, sebbene d'ordinario sieroso ed incolore, è talvolta rossiccio e gelatinoso.

La finezza delle pareti cistiche, la mancanza d'ogni sostegno e la piccolezza del suo peduncolo sono senz'altro, come fu indicato da Verneuil (**), le ragioni per cui la varietà pendente di cisti si incontra di rado nella prima infanzia, mentre il sostegno che presta il peritoneo ad ambo i lati alla cisti sessile, la quale è posta tra le pieghe del legamento largo, favorisce il suo più pronto allargamento ed il suo giungere a maggior mole. Una disamina del peduncolo di quelle cisti che pendono dalla tuba falopiana dà la chiave per com-

(*) *Surgical Pathologie*, vol. II, pag. 26.

(**) Il miglior resoconto di queste cisti, nel quale si contengono pure notizie delle osservazioni degli Autori precedenti, è quello del dottor Verneuil, *Recherches sur les Kystes de l'Organe de Wolff*, nelle *Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1854, vol. IV, pag. 58. — Virchow che dà (*Die Krankhaften Geschwülste*, vol. I, pag. 262) un conto di queste piccole cisti, si rifiuta all'esattezza di questa ipotesi e le crede d'ordinario, se non sempre, per nuove formazioni.

prendere la reale natura di tali produzioni. Questo peduncolo si trova spesso cavo, sebbene si converta in una cordicella a misura che si allunga e s'assottiglia. Però il canale che talora comunica perfino colla cisti indica la sua origine della dilatazione di una delle piccole tubicelle che formano i corpi di Wolff nel feto, o i cui avanzi, difficilmente visibili nell'adulto, ricevertero da colui che le descrisse il nome di corpo del Rosenmüller (105).

Il volume di un ovo, un pomo, od un arancio è il massimo cui queste cisti si sa abbiano raggiunto; e le cisti pendule assai di rado raggiungono dimensioni tali da farle riconoscere durante la vita. Ad eccezione puro del cedere del peduncolo delle cisti pendenti, e del probabile rompersi delle esili pareti di ambo le specie di questa cisti, non furono osservati altri cangiamenti in esse, e in nessun caso accadde formazione cistica nelle loro pareti o nella loro cavità, sebbene non siano rare nello stesso individuo parecchie cisti distinte, specialmente le peduncolate.

Prima di proseguire all'esame delle altre cisti e delle più importanti che nascono realmente dall'ovario, dobbiamo per un momento notare una circostanza, che diede a queste cisti del legamento largo, come le si chiamano generalmente, un valore patologico maggiore di quello che realmente deriva da esse. Fu costume dei medici, quando trovavano una semplice cisti discretamente mobile e di moderato volume, il pensare che tale cisti non era ovarica, e consolare le loro pazienti coll'assicurazione che è una malattia meno seria, e meno facile a progredire. Ora, mentre è assai importante dare alle nostre pazienti ogni legittimo conforto e ispirare ragionevoli speranze, è però non meno importante, tanto nell'interesse della scienza che dell'umanità, di non fare larghe promesse, nè di dare assicurazioni positive senza motivi fondati. Una visita a qualunque dei grandi musei di questa metropoli basterà a convincere chiunque che le cisti del corpo di Wolff aventi sufficiente volume per esser distinguibili in vita sono assai rare, mentre colla uguale evidenza verrà dimostrato anche che per tali cisti l'eccedere le dimensioni di un pomo è ancor più raro. Ogniquale volta adunque si discopre nell'addome un volume maggiore di due pugni, tal circostanza deve prendersi già per sè come prova concludente che non è una cisti extraovarica,

(105) Nella regione del paraovario, ossia organo di Rosenmüller, si trovano infatti piccole cisti, che furono ascritte a dilatazione dei canali residuanti dalla scomparsa del corpo di Wolff: osservazioni ulteriori convinsero i patologi che tale non è sempre la loro origine, ma poter desse non avere alcun nesso coi detti canali del Rosenmüller. Queste formazioni cistiche hanno un'importanza anatomica più che clinica, pel poco sviluppo che assumono e perchè riescono indifferenti alla salute della donna.

nà di quella specie a cui riguardo può predirsi che la sua tendenza sarà di diventar stazionaria piuttosto che di crescere in mole.

Ma ora possiamo passare allo studio di quelle specie varie di *cisti* o *produzioni cistoidi* che hanno la loro origine nell' ovario stesso.

Le *più semplici* di queste o le meno pericolose, ch'io penso però siano per nulla affatto le più frequenti, sono quelle prodotte da *idropse* o eccessiva distensione del liquido di una o più *vescicole Graafiane*.

La struttura di queste cisti ovariche semplici indica palesemente la loro origine. Esse hanno tre tonache: la prima il rivestimento peritoneale dell' ovario, la seconda la capsula dell' organo sulla cui superficie si distribuiscono i vasi che la nutrono, e la terza la parete dell' istessa vescicola Graaf, che è di solito molto ispessita, generalmente divisibile in parecchi strati o provvista di un rivestimento di epitelio pavimentoso. Questa struttura a strati della cisti ovarica è, come vedremo poi, non senza importanza pratica, inquantochè aumenta le difficoltà dell' operatore che non può, se esistono aderenze, distinguere sempre prontamente se il suo dito rompa le aderenze tra l' ovario ingrossato e il peritoneo, o se separi gli strati delle pareti della cisti.

La superficie di queste cisti è in generale bianca e liscia, il loro interno liscio e pulito; talora di un bianco smunto od anche di un lucido di madre perla, a meno che il tumore sia stato sede di infiammazione che allora sarà in molte parti opaco, ruvido all' interno per vecchio deposito di linfa, o le sue pareti si troveranno presentare vari gradi di consistenza, rigidità e spessore. Anche indipendentemente da previa infiammazione, lo spessore della parete della cisti varia spesso nei diversi punti ed in ogni caso è per nulla più considerevole vicino al peduncolo del tumore.

I vasi di queste, come anche di tutte le cisti ovariche, sono di solito voluminosi, mentre la loro distribuzione è irregolare, eccetto che convergono tutti verso il peduncolo della cisti. Essi inoltre presentano un carattere venoso, o come ben dice Cruveilhier descrivendo la struttura di una grossa cisti ovarica, « essi sono seni venosi analoghi a quelli della dura madre (*) » e ramificandosi immediatamente al disotto del peritoneo, la loro sottil parete esterna sembra interamente formata da tal membrana. Il grosso calibro di queste vene superficiali deve esser ricordato come causa talora di pericolo nella puntura: mentre la loro convergenza verso il peduncolo del tumore costituisce una delle principali obiezioni all' operazione della puntura dalla parte della vagina. I rami che passano da questi tronchi verso l' interno della cisti, e che si ramificano talora in abbondanza nella sua parte interna, sono di piccol volume, ma mantengono il loro carattere venoso, e questa preponderanza del sistema venoso sull' arterioso è la particolarità del sistema vascolare di questi tumori.

Qualunque sia il lor volume (e questo è soggetto a molte ampie

(*) *Anatomie Pathologique Générale*, 8.^a Parigi, 1856, vol. III, pag. 408.

variazioni), tale talvolta da non essere più grosse di un pisello, altre volte da contenere 4 a 6 litri di fluido, questi liquidi sono di solito della stessa qualità, cioè siero, spesse volte di poco peso specifico, e di rado eccedente 1020, molto albuminoso, di colore leggermente verdastro, e, sebbene in generale trasparente, pure talvolta più o meno tinto di sangue. Talora infatti il fluido contiene una buona miscela di pus, e di quando in quando presenta caratteri ben poco discernibili da quelli di materia sana. Questo può essere il caso anche quando pochi sintomi locali di infiammazione si ebbero a notare, così che non è possibile di predire con certezza il genere di liquido che si troverà contenuto in una cisti ovarica semplice, nè di inferire l'assenza dell'infiammazione dalla mancanza del dolore. La circostanza che imparte a questo fatto la sua importanza pratica si è che l'infiammazione dell'interno della cisti è accompagnata in molti casi dall'infiammazione della sua superficie peritoneale, di estensione e intensità bastante a produrre considerevoli adesioni coi visceri adiacenti, mentre questa peritonite può anche non produrre verun dolore forte. La possibilità d'esecuzione di vari processi chirurgici per la cura dell'idrope ovarica dipende molto dalla mancanza di adesioni. Il manco di qualunque mezzo certo con cui determinare la loro presenza od assenza è una delle più serie difficoltà che si incontrano in tutte le operazioni preliminari per l'estirpazione degli ovarii degenerati.

Fin qui ho descritto quest'affezione come ci si presenta quando è limitata ad una sola vescicola di Graaf. È però raro che la malattia sia così limitata, ma di solito altre vescicole, talora in ambo gli ovarii, mostrano una disposizione alla stessa condizione idropica. Non di rado anche troviamo casi in cui l'affezione di parecchie vescicole parvo aver cominciato simultanea, essendo tutte egualmente ingrossate, e l'ovario contenendo forse 10 o 15 piccole cisti non più grosse di un buon pisello. A misura che aumentano di volume, perdono per la loro mutua pressione la forma perfettamente globulare che presentano al principio, diventano schiacciate, o alquanto in forma di cono colla loro estremità più larga all'infuori. Quando però l'ovario ha raggiunto maggiori dimensioni di quelle di una grossa noce o di un ovo, lo sviluppo di una o due cisti in generale continua a spesa delle altre, e così si produce un tumore multiloculare, formato di un numero di cisti semplici, di grossezza variante da quella della testa di un adulto a quella di un pomo o di un arancio. Il contenuto di queste cisti può anche variare assai come il loro volume, perchè mentre alcune sono piene di siero trasparente, altre possono contenere un fluido molto tinto di sangue, od altre ancora una secrezione seropurulenta, secondo che l'emorragia o l'infiammazione avvenne in una e non nell'altra, quantunque immediatamente vicine.

Queste varietà nello stesso tumore diedero talora origine all'opinione che il tumore è una cisti composta, quando in realtà è solo un aggregato di cisti semplici in cui ebbero sede processi morbosi

di vario genere. Non è per nulla raro che nei tumori di questa specie avvenga che la loro reciproca pressione produca l'assorbimento dei seipimenti divisorii, e che un tumore multiloculare col tempo si converta in un' unica cisti. Le aperture di comunicazione fra le diverse cisti sono di solito di forma circolare, con bordi eguali lisci, come se una parte della parete fosse stata esportata con uno strumento tagliente: e mentre sono piccolo da principio, il progredire del processo d'assorbimento le allarga a gradi, finchè una lieve irregolarità nel contorno esterno del tumore resta quale sola evidenza della sua struttura originaria. Le circostanze che regolano il processo sono però non chiaramente definite; giacchè mentre l'assorbimento dei setti ha talor luogo ad un' epoca quando nessuna delle cisti è più grossa di una ciliegia, non è raro di trovare le partizioni ancora integre quando alcune cisti hanno raggiunto il volume della testa di un adulto, od anche proporzioni ancor maggiori.

E forse inutile dire che l'ingrossamento idropico delle vescicole di Graaf non è la sola origine d'onde provengono le cisti ovariche semplici. Infatti non si può dubitare che lo sviluppo di cisti possa progredire nell' ovaio come fa talora nel rene, non già per ampliamento di cavità preesistente, ma per un processo di nuova formazione fin dal loro principio. Pure tutta la tendenza delle ricerche patologiche è di aumentare il numero dei casi in cui si formano cisti coll'ampliamento di cavità preesistenti; ed inoltre la questione venne troncata per quanto riguarda la produzione accidentale di idrope ovarica per dilatate vescicole Graafiane dalla scoperta di Rokitsansky dell'ovulo entro la cisti in un caso di incipiente malattia cistica dell'ovario (*).

Il modo preciso con cui si produce lo stato idropico delle vescicole è in vero, e forse rimarrà sempre, in gran parte ignoto. Sembra per altro essère assai verosimile che in alcuni casi almeno uno stato di congestione delle vescicole, ed un' emorragia nel suo interno siano i primi passi verso la produzione della effusione consecutiva. Nel Museo dell' Ospitale Guy, al quale fui ammesso assai cortesemente, v'è una serie di preparazioni che sembrano illustrare questo modo d'origine dell'idropo ovarica. In alcune di esse si vede solo un grumo entro la vescicola; in altre il grumo occupa solo una porzione della cisti, aderendo alle sue pareti per una specie di peduncolo, mentre il resto della cavità è occupata da un liquido sieroso: le proporzioni relative di grumo e di fluido variano

(*) *Wiener Wochenblatt*, 1855, N. 1, come è riferito da Scanzoni *Lehrbuch der Krankheiten der Weiblichen Sexual Organe*, 8.^a Vienna, 1857, pag. 354. Vedi anche Virchow, *Die Krankhaften Geschwulste*, vol. 1, pag. 259. È questione di molta importanza riguardo alla prognosi dell'idropo ovarica e l'opinione di sì grande autorità come il dottor Bright (*Guy's Hospital Reports* vol. III, 1858 pag. 181 e 183), è così decisamente sfavorevole, che si deve essere contenti quando si ottenga qualche prova che possa rapaciarsi a mitigare le fosche tinte del quadro che egli ha delineato. « Questo caso, dice egli loc. cit. pag. 193, aggiunge ai dubbi da me già espressi di aver trovato qualche caso ben distinto di raccolta idropica nelle vescicole Graaf come caso distinto dalla malattia che termina col tumore ovarico maligno ».

molto nei diversi esemplari. Ora come l'emorragia entro il sacco dell'aracnoide è seguita in molti casi dalla effusione di siero, che supera di tanto in massa quella del sangue originariamente stravasato, da produrre una forma di idrocefalo cronico, così non puossi aver ragione di dubitare che l'emorragia entro il sacco di una vescicola Graafiana può allo stesso modo esser seguita da un'ipersecrezione analoga.

Infatti fu proposta una teoria esattamente opposta a questa dal professore Seanzoni (*), il quale suggerisce che lo stato idropico della vescicola di Graaf possa dipendere dal flusso di sangue verso l'ovario ad un periodo mestruo, il quale sia stato insufficiente a produrre la rottura del sacco e il distacco di un ovolo, ma solo bastante a produrre un certo grado di congestione, terminante in una aumentata effusione di fluido entro la sua cavità. Questa teoria è principalmente basata sulla pretesa frequenza dell'amenorrea o della scarsità di mestruazione come precursori dell'idrope ovarica; asserzione che vedremo più tardi per nulla corroborata dal fatto.

Non so di altri fatti, nè di alcuna altra teoria plausibile riguardante la produzione dell'idrope delle vescichette Graafiane; ed io temo di dover confessare la mia inabilità nel determinare la proporzione dei casi in cui semplici cisti dell'ovario sono dovute all'ampliamento di queste cavità, e di quelli in cui le cisti sono di nuova formazione. Che cisti semplici possano nascere qui, però, come nelle altre parti, dietro pura raccolta di fluido nel parenchima dell'organo e formazione graduale d'una cisti intorno ad essa, non vedo ragione per dubitarne (**). Forse alcune delle cisti esili e di fini pareti dell'ovario che troviamo talora ponno avere tale origine; ma la mia convinzione si è non essere questo il modo generale di produzione delle cisti semplici, ma venir desse più spesso formate dalla distensione di una cavità preesistente.

Un'altra quistione di maggior importanza pratica è se una sola cisti rimanga unica sempre, o se esse non possano diventare *proliferare* o *composte* nel corso del loro sviluppo. Anche qui è da lamentarsi che i nostri dati non bastano per una risposta soddisfacente a questa domanda. Le conseguenze pratiche che derivano dalla decisione di questo punto sono molto ovvie; giacchè si vede che se una cisti semplice è capace di passare a qualunque epoca ad uno stato attivo, e di aumentare non solo per semplice distensione della sua cavità, ma per produzione nel suo intorno, o per formazione cistica delle sue pareti, l'opportunità di ricorrere di buon'ora a processi terapeutici energici diventa molto maggiore di quello che sarebbe diversamente. Credo che un tal cambiamento possa aver luogo, e che una cisti ordinariamente sterile può diventare proliferata; che il suo continuare

(*) Op. cit. pag. 353.

(**) Un modo di produzione di cisti, pienamente illustrato dal professor Bruch, *Zur Entwicklungsgeschichte der Pathologischen Cystenbildungen*, in *Zeitschr. f. Rationelle Medizin*, vol. VIII, 1849, pag. 91.

allo stato semplice è piuttosto un caso fortunato che non una condizione sulla cui durata possiamo calcolare con qualche certezza. Una giovine donna che fu soggetta ad idrope ovarica per due anni e mezzo e che era stata punta un anno prima di morire, morì per effetto di infiammazione peritoneale indotta da un tentativo di iniezione iodica nella cisti. Si trovò che la cisti era una cisti semplice a pareti sottili, ma in un punto vicino al peduncolo di produzione, 4 piccole cisti, la più larga delle quali era grossa circa un fagiolo, protrudevano dalla sua superficie interna, e attorno a questo gruppo la membrana era più vascolare e più molle che altrove. Migliori opportunità di quello che io abbia avuto di fare dissezioni, mi avrebbero senza dubbio forniti altri esempi di un fatto che è interamente consono al risultato cui il ragionamento per analogia ci proverebbe. Senza lo stimolo della fecondazione, sappiamo che una vescicola di Graaf talora produce peli, grasso, denti, cartilagine, ossa, e la forza prolifica di cui queste sono i più ampi esempi, può anche esercitarsi senza dubbio in forme inferiori, nella produzione di tumori endogeni nel suo interno; o, sebbene forse meno spesso, nella formazione di celle esagone dalle loro pareti.

In alcuni casi di sviluppo di celle endogene, le escrescenze che occupano l'interno della cisti sorgono sempre dalle sue pareti, e consistono di un immenso numero di piccole cisti o vescicole peduncolate, moltiplicatesi apparentemente dallo stesso semplice processo di formazione che fu così bene studiato nella malattia idatigea del corio. Tali produzioni possono essere anche così numerose da riempire quasi tutto l'interno di una vasta cisti (*). In altri casi la produzione endogena, quantunque simile ne' suoi caratteri, non proviene da tutto l'interno della cisti: essa vi è attaccata con un peduncolo, da cui procede una massa piriforme di formazioni cistiche.

Oltre queste forme di sviluppo endogeno, ve ne è un'altra in cui la cavità della cisti madre è più o meno completamente occupata da altre di minor volume, ma sorgenti da essa su una larga base (**) o contenenti nel loro interno altre di terzo ordine, di mole più piccola o di pareti più sottili. A misura che crescono queste cisti, alcune probabilmente si svuotano completamente entro la cisti madre, e avvizzendo si fanno aderenti alle di lei pareti, dando loro quello spessore e resistenza che in alcuni casi anche di grosse cisti ovariche sono assai rimarchevoli. Allo stesso tempo il progressivo sviluppo delle cisti più piccole, e la continua formazione di nuove cisti, servono a fare quelle masse enormi alle quali giungono talora i tumori ovarici.

Ma mentre si può dubitare forse circa la natura della produzione originaria, d'onde provengono queste forme di cisti complesse, non può esservi quistione che alcune cisti assumono dal lor principio

(*) Come in una bella preparazione N. 2245-54 nel Museo dell' Hospital Guy.

(**) Come N. 2022 nel Museo Hunteriano.

il carattere complesso, e non si sviluppano dietro trasformazione qualsiasi delle vescicole di Graaf. In questi casi troviamo l'ovario convertito in un tumore di forme irregolari; la sua capsula resistente, fibrosa, di centimetri uno ad uno o mezzo di spessore, racchiudente un numero di cisti o celle, di cui una o due ponno di molto superare le dimensioni delle altre, ed esser capaci di contenere parecchi litri di liquido, mentre le rimanenti variano di mole dalla grossezza di una ciliegia a quella d'un ovo di piccione o d'un pomo. Mentre alcune di esse ponno sembrare cisti separate aderenti alle altre, ma in apparenza sviluppate indipendentemente da esse, altrè si formano palesemente nello spessore della parete della cisti istessa, e sporgono talora all'interno, talora all'esterno. Quando i tumori hanno raggiunto un certo volume, l'infiammazione in generale rende ruvida la loro membrana interna originariamente liscia, e la ingrossano o le deposizioni di linfa od il collasso di alcune delle cisti più piccole, mentre la loro incorporazione colle pareti che dividono le diverse cavità ingrossano ed alterano i seimenti. Allo stesso tempo pure cause simili modificano il loro contenuto; cosicchè mentre una cisti è ripiena di liquido sieroso, un'altra contiene una materia glutinosa albuminosa, o i suoi contenuti sono assai tinti di sangue, o di color cioccolata oscuro; mentre altre contengono pus o fluido seropurulento, o un liquido in cui delle pagliette di colesterina rilucono come le brillanti particelle nell'acquavite di Danzica. È di solito verso il peduncolo di questi tumori che sono per lo più situate le cisti più piccole di cui puossi meglio studiarne la struttura. Le si vedono allora formate da una membrana liscia, dura e resistente sebben sottile, appona semitrasparente, ma di color bianco, e fornita di vasi sanguigni, lunghi, esili, che si ramificano sulla loro superficie esterna. La lor forma in genere è ovale, ma a misura che crescono di volume questa si modifica molto per la loro reciproca pressione; mentre inoltre, trovansi quà e là spazii irregolari prodotti in parte forse dalla fusione di due o più cisti assieme, in parte dagli intervalli lasciati tra le molte cisti adiacenti. Il volume più piccolo delle cisti vicino al peduncolo del tumore è apparentemente dovuto all'esser desse sottoposte ad un grado maggiore di compressione delle altre, perchè talvolta una vasta cisti si sviluppa all'imbasso entro la cavità pelvica; mentre anche, quando l'aumento del tumore fu assai rapido, si possono trovare talvolta molte piccole cisti verso la sua parte superiore dove apparentemente la resistenza offerta dal colon trasverso, dal fegato, dallo stomaco e dal diaframma hanno anche prevenuto il loro aumento (*). La quantità di materia solida che entra nella composizione di questi tumori cistici delle ovaie varia assai. In molti casi, come quelli or ora descritti, l'intera massa non è che una raccolta di cisti le cui pareti, anche se ben grosse, non sono in propor-

(*) Un bel disegno di una cisti ovarica composta è dato dal dottor Bright, op. cit. pl. v. p. 276.

zione colla quantità di fluido che contengono. Però in altri casi, queste proporzioni cambiano, e la massa del materiale solido eccede di molto quella del liquido. Questa è la specie di tumore cui fu da Müller applicato il nome di *cistosarcoma* (*), che la descrive come principalmente composta di una massa più o meno resistente, fibrosa o vascolare, ma contenente sempre cisti solitarie entro la sua sostanza. Le masse fibrose consistono di una sostanza albuminosa, e contengono talora granuli sparsi entro le loro fibrille, e il tessuto fibroso forma lo stroma in cui sono avviluppate le cisti sparse.

Non mi sento competente a decidere fin dove queste produzioni richiedono realmente di essere riferite ad una distinta categoria. La struttura delle cisti e i loro varii contenuti sono identici a quanto si osserva nelle altre cisti ovariche composte. Forse, però, debbesi aggiungere che le cisti grasse, o cisti contenenti peli, denti, o altri prodotti di tessuti cutanei, quando non sono sole, sono più spesso associate con *cistosarcoma*, e che inoltre queste formazioni comparativamente solide non raggiungono le enormi dimensioni delle altre cisti ovariche composte, e assai di rado superano il volume di una testa di adulto.

Un'altra forma di *cisti ovarica composta*, affine alle specie precedenti, ma che io credo essenzialmente diversa da esse, è quella in cui l'organo è sede di *cancro coloide* o *alveolare*: malattia (**) i cui rapporti precisi colle altre varietà di carcinoma sono finora indeterminati. Il gran carattere della degenerazione colloide di qualunque parte è, come sapete, lo sviluppo entro la sua sostanza di cellule innumeri contenenti una secrezione viscida, gommosa, varianti di volume tanto da non essere visibili ad occhio nudo, e da raggiungere perfino i due centimetri e più di diametro. Queste cellule ingrandiscono, sebbene non esclusivamente, per aumento endogene, e la presenza di un gran numero nello stesso stadio di sviluppo mostra che la formazione di molte accade simultaneamente. Se si levano via i loro contenuti in modo da lasciar indietro solo uno scheletro della produzione, allora si vede come molte delle celle o sacchette comunicano fra loro; l'intera massa offrendo un aspetto di favo, e forse rassomigliando più ancora ad una sezione del polmone di un rettile. I segmenti tra le celle sono di un tessuto alquanto resistente, ma di fibra delicata a color bianchiccio, talora bianco affatto; sebbene mentre che le cellule sono assai piccole, che le loro pareti o i sepimenti tra le arcole sono semitrasparenti, e che il loro contenuto gelatinoso traspare attraverso, esse rassomigliano assai a grani di sago bollito.

Negli ovari questa condizione colloide prende molte forme diverse. Talora parecchie masse rotonde formano un tumore irregolare, che è solido al tatto e resistente al taglio, non offrendo traccia del tessuto proprio della parte, ma una sostanza senza struttura in cui sono

(*) *On cancer*, ecc. traduzione inglese. Londra 8.^o 1840, p. 170.

(**) Un bel disegno di cancro alveolare dell'ovaio è dato da Cruveilhier: *Atlante*, ecc. dispensa V, tavol. 3.

avviluppati innumeri celle grigie semitrasparenti, di cui appena qualche una è più grossa della capocchia di un grosso spillo. Inoltre in altri casi le pareti delle celle sono in generale assai delicate, mentre si trovano larghi spazi intermedi di forma irregolare, ripieni della secrezione gelatinosa caratteristica, che può raccogliersi nella quantità di parecchie centinaia di grammi o di un mezzo litro, o più. Però tali spazi non sembrano essere cisti dilatate più di quelle che le circondano, ma essere interspazi di forma irregolare prodotti dall'assorbimento o rammollimento delle pareti delle celle, e conseguente versamento del loro contenuto entro un ricettacolo comune (*).

Oltre i casi in cui la malattia colloide esiste sola, non sono rari i casi della sua associazione sia colla cisti composta dell'ovaio, sia col cancro fungoide o midollare del viscere. Nel primo caso non è raro che una o due cisti raggiungano un volume considerevole; e materia colloide può versarsi in parto entro di esse da alcune delle celle adiacenti, in modo da daro al loro contenuto quasi lo stesso grado di tenacità che si osserva nella secrezione entro le piccole celle del cancro alveolare. Anche quando questo è il caso, però, e quantunque vi sia intima sovrapposizione delle due strutture, le loro differenze saranno io credo sufficientemente palesi.

Nel caso di complicazione del genuino cancro fungoide colla malattia colloide, la gran massa del cancro è situata d'ordinario verso il peduncolo del tumore e presso la sua base. Non è però limitata a questa parte, e talora si trova una massa di sostanza molle simile a cervello nel mezzo del tumore, circondato dalle cisti delicato e dalla sostanza gelatinosa del cancro alveolare, mentre altre volte la materia midollare sembra affatto fluida, e nel tagliare il tumore essa esce da taluna delle cavità irregolari di cui abbiamo già parlato.

Le particolarità della materia contenuta nelle cellule del cancro colloide furono già di spesso indicate; ed anche nelle formazioni di considerevol grandezza questi caratteri si presentano talvolta in grado marcato. Spesso infatti esse sono più o meno modificate dalle stesse cause che influenzano il contenuto delle altre forme di cisti ovariche, e la viscida secrezione è spesso di colore oscuro per miscela di sangue; talora anche di un color di cioccolatta oscuro, talor grumoso, ma non credo che diventi purulento, siccome non di raro accade nella secrezione delle cisti ovariche.

Resta ancora una forma di cisti ovarica da notare, ed a riguardo della quale alcuni problemi sono tuttora insoliti. Nell'ovaio si for-

(*) Avanzi dei tramezzi ponno in questi casi scoprirsi col mezzo del microscopio entro la sostanza colloide. Fu l'osservazione di questo fatto che indusse Virchow, *Verhandlungen der Gesellschaft. f. Geburtshilfe* vol. III, p. 197, alla conclusione che tutte le cisti ovariche composte sono in realtà casi di malattia colloide dell'organo, in cui ebbe luogo questa senza e scomparsa dei tramezzi. Però questa teoria, nell'estensione che le diede Virchow, è ora riguardata almeno in generale per infondata. Infatti non è raro il trovare cisti ovariche composte che non presentino somiglianza o nella lor struttura o nella natura dei loro contenuti col cancro alveolare, ed io credo che il microscopio appoggi completamente il verdetto che l'osservazione macroscopica, senza il suo aiuto, ci induce a pronunciare.

mano talora *cisti* o sole o complicate a cistosarcoma dell'organo, *contenenti grasso, peli, denti, o altri prodotti del tessuto cutaneo*. La presenza di pagliette di colesterina o di piccola quantità di grasso si osserva infatti di spesso tanto nelle *cisti* semplici che nelle composte, e proviene dalla rapida formazione e desquamazione del loro epitelio interno, e dalle alterazioni che subiscono i corpuscoli. In queste *cisti* però si trova adipe in quantità molto maggiore, cosicchè forma sulla superficie del liquido sottratto colla paracentesi uno strato solido come la sugna od anche di più, o si raccoglie anche in masse grosse o fiocchi, o diversamente in numerose piccole pallottole come ciliege di color giallo e della consistenza del sago, assumentosi quelle forme simmetriche a motivo del mutuo sfregamento entro il fluido che in parte riempiva la *cisti*: un bel esemplare ve n'ha nel Musco dell'Ospital Guy (*). Talora la *cisti* non contiene liquido, ma una materia dell'apparenza e consistenza di unguento molle possibilmente meschiato a peli. Infatti spesso entro questo *cisti* si trovano peli talora in masse informi e avviluppate, ma più spesso rotolati assieme a forma di palle rotonde; e si trovano pure in molti casi denti, ossa e cartilagini ossee. Quando si poté ben stabilire che queste formazioni esistevano indipendentemente da fecondazione, si suppose o che erano gli avanzi di qualche germe imperfettamente sviluppato racchiuso per caso entro quell'ovolo che aveva progredito a maturanza, e si pensò che desse erano perciò formazioni congenite, oppure che l'ovolo istesso era capace di un certo imperfetto sforzo di sviluppo, indipendentemente dal suo appropriato potere vivificante, e produceva così incompletamente e senza ordine distributivo alcuni dei materiali del feto.

Fino ad un certo punto ambo queste teorie sono probabilmente esatte, sebbene le *cisti* cutanee si trovino sotto circostanze che non sembrano ammettere nessuna di queste spiegazioni. In tutte quelle *cisti* si possono trovare taluni dei prodotti del tessuto dermoide regolarmente formati, come se nelle loro naturali situazioni si producessero peli impiantati in un modo perfettamente normale entro il tessuto cutaneo, il quale vedesi provvisto di follicoli perspiratorii e sebacei, mentre i denti a diversi gradi di sviluppo sono ravvolti in sacchi dentali. All'acume di un medico tedesco (**) siamo debitori delle osservazioni che tolsero i casi di questa natura dal dominio del meraviglioso, e che dimostrarono come regni metodo ed ordine là dove una scienza più imperfetta non poteva altro scoprire che puri capricci di natura. Un altro suo compatriota fece molto per completare le nostre cognizioni, ed io in breve voglio dirvi i risultati ai quali egli arrivò. Il dottor Steinlin (***) esaminando il corpo di una donna giovane da cui furono estratti 39 chilogrammi di pus in quat-

(*) N. 2237.³⁵ Rokitsansky riporta pure un caso rimarchevole di una specie alquanto simile, op. cit. vol. III, p. 597.

(**) Il dottor Kohlrausch, negli Archivi di Müller, 1843. p. 365.

(***) Zeitschrift, f. Rationelle Medizin, vol. IX, p. 146.

tro successive paracentesi, trovò che mentre l'ovario sinistro conteneva parecchie piccole cisti, nessuna delle quali superava la grossezza di una nocciola, l'ovajo destro era la sede principale del male. Era formato di molte cisti le quali tutte, ad eccezione di una grossa contenente parecchi chilogrammi di pus, erano cisti grasse, di vario volume da un grano di semi lino a 7 o 10 centimetri di diametro. Il grano era in varie condizioni nelle diverse cisti, e in quelle più vecchie era spesso moschiato a peli intrecciati in una massa. Tolti tutti i contenuti si vide la maggior parte della parete della cisti essere liscia e splendente, ma v'erano una o più chiazze rotonde di colore bianchiccio sporco, con una escrescenza a guisa di verruca nel centro con peli nascenti, ed altri spazii simili senza la prominenza verrucosa e senza produzione di peli, ma con parecchi denti o porzioni di ossa più o meno infossate sotto la loro superficie.

La parete della cisti poteva dividersi in parecchi strati. Il più esterno di essi era composto di lasso tessuto cellulare, sotto il quale v'era un denso strato composto di fibre, le quali, sebbene intrecciate, avevano in complesso una distribuzione parallela; sotto di questo v'era uno strato di tessuto elastico, e più interno di tutti uno strato di epitelio. L'epitelio era ovunque pavimentoso, e nelle parti lisce le cellule erano rotonde e regolari, ma alle parti opache lo strato superficiale era disposto irregolarmente, sebbene fossero disposte regolarmente al di sotto cellule rotonde. Denudando le prominenze verrucose del loro epitelio, la superficie sottostante rassomigliava esattamente a quella della vera pelle, avente papillo ben sviluppati, o tutta la parete cistica sotto le chiazze non lisce aveva una struttura simile. I peli che qui crescevano sorgevano da un bulbo regolare, e v'erano glandole sebacee e follicoli perspiratorii in vario numero. La quantità dei peli è dovuta all'essere dessi decidui, sebbene formati in modo naturale: il grasso non è secreto da tutto l'interno della cisti, ma dalle glandule sebacee, appunto come la vernice cascosa lo è nel feto. La presenza di denti si spiega per essere dessi veri prodotti di tessuto dermoide, cosicchè ogni qualvolta si trova un tal tessuto, esiste sempre la possibilità dello sviluppo di denti; e la loro presenza nelle mascelle è una specie di accidente per nulla essenziale alla loro formazione.

Il dottor Steinlin conclude che lo sviluppo della cisti è solo una produzione secondaria; che il primo passo in questi casi è la formazione di un tessuto esattamente identico alla pelle esterna, e l'accumularsi delle sue secrezioni distende a poco a poco la membrana involvente. L'apparenza prima di uno di questi tumori è una massa piccola, d'aspetto carneo, del volume di un seme di lino nella posizione di un follicolo Graafiano e circondata da un piccolo sacco. Col tempo questo piccolo corpo si distacca dal sacco, eccetto che in un punto dove sta il suo peduncolo, dove i vasi, che hanno disposizione ad ansa, vi entrano. Poi si trova uno strato sottile di grasso tra il piccolo corpo e il sacco, ed esaminando diligentemente

il primo si riscontrano sviluppati i follicoli sebacei. Col crescere del loro numero cresce l'adipe, e il sacco si distende, mentre i follicoli perspiratorii modificano colla loro secrezione i contenuti del sacco.

Se a questa descrizione si aggiunge che l'ultimo rapporto fra pus e globuli di grasso può aversi come spiegazione della presenza in generale di pus nelle cisti di qualche volume, io penso che la descrizione di questa, come delle altre forme di tumore cistico dell'ovario può ritenersi completa, almeno per quanto interessa lo scopo pratico di queste lezioni (106).

(106) È la diversità di denominazione e di interpretazione patogenetica di questa condizione morbosa che mi induce a porre qui una nota, la quale non ha altro scopo che di porre a confronto le viste dell'autore con quelle emesse in questi ultimi tempi da altri non meno pregiati patologi e specialisti, nello stesso tempo che al lettore viene data la chiave per intendere il linguaggio da altri Autori adottato in argomento di formazioni cistiche dell'ovajo.

Alla forma più comune di ooforocisti (το ωον οωον, *φίρω* portare, *ήνυστις* vescica) cioè alla cisti *semplice*, risultante dalla dilatazione di un follicolo di Graaf per raccolta liquida, fu pure dato il nome di *idropie* od *idropisia* dell'ovario o dei follicoli. Ma quando si ricorda che al vocabolo idropisia si connette dai più l'idea di una raccolta risultante da semplice *trasudazione* o spandimento passivo, di origine meccanica, senza che punto vi prenda parte un'attività secretoria, vediamo tosto il bisogno di altrimenti chiamare queste raccolte sierose dei follicoli Graafiani, le quali devono a processo di natura e genesi radicalmente diversa: dalle pareti di questi non avviene già un trasudamento verso l'interna loro cavità, bensì una vera secrezione dovuta ad attività funzionale esagerata degli epiteli pavimentosi del follicolo, una attività cellulare morbosa, un'alterazione vera di nutrizione, una infiammazione nel senso Virchowiano. Ritenendola dunque un' *idropisia attiva* è bene chiamarla altrimenti e con Cantani *afidrosi*, *essudazione* (*αφιδρωσις*) per chiamare *idriasi* (*ιδριαισις*, raccolta sierosa) le altre *idropisie passive* da *trasudazione meccanica*.

Ricordo appena come d'ordinario tale processo si stabilisca in un'unica follicolo e vi possa raggiungere mole tanta quanta in qualunque altra cisti non si osserva: come possano diversi follicoli contemporaneamente esser sede di idropisia, costituendo un' *afidrosi follicolare composta* nella quale però col progresso od un solo follicolo prevale nello sviluppo a detrimento degli altri, o le pareti dei diversi follicoli distesi dalla raccolta si rompono, si usurano a vantaggio della mole di uno solo, del più superficiale: è quindi soltanto sul principio della formazione di un ooforocisti che si osservano contemporaneamente più follicoli ingranditi, idropici. Queste cisti semplici contengono sempre siero fluido albuminoso.

Nella prima specie di cistovario composto, quale ce la descrive l'Autore, la molteplicità delle cisti sarebbe secondaria alla formazione della cisti unica, e cioè si vorrebbe che un follicolo di Graaf fatto idropico, considerato come cisti madre si facesse prolifero generando e producendo nel suo interno altre cisti, dette figlie o secondarie, dalle quali ancora altre cisti nascerebbero nel loro interno, costituendo cisti terziarie, e così via. Tale interpretazione della multilocularità d'un cistovario sostenuta da Hodgkin, Farre, Paget,

Rimangono però ancora due punti che richiedono una breve notizia, cioè la relativa frequenza della malattia dell'uno o dell'altro

Baket-Brown, Müller, Rokitsky, Kiwisch e Scanzoni, è oggi contrastata dalla scuola anatomo patologica moderna, dietro le dimostrazioni istologiche di Virchow dapprima, poi di Foerster. E prima di tutto dirò che quale prima specie di *ooforocisti composta od alveolare*, vuole essere annoverata quella che Virchow e altri denominano *cistoma dell'ovario o cistoide*, e che è considerata come vero idrope dell'ovajo, da distinguersi essenzialmente dall'idrope del follicolo Graafiano. Nel cistoma le cellule nucleate, già esistenti nello stroma normale, in vari punti dell'ovajo si farebbero punto di partenza di una trasformazione, di una attività propria, il cui risultato sarebbe una essudazione (alidrosi) fatta dalle *cellule centrali*, la conseguente compressione delle *periferiche* fino ad acquistare la forma ed il carattere dell'epitelio pavimentoso, intanto che il tessuto connettivo normale si distende a formare intorno alla nuova cisti una specie di parete, di membrana. Le cisti così neoformate sono quindi una produzione dello stroma ovarico normale, ed è pel numero loro e per il confluire del liquido di alcune di esse in una sola dietro usura delle pareti loro che viene a costituirsi una cella massima e ad aversi un cistoma voluminoso. Si fu appunto dal vedere delle minori secondarie sporgenti in una maggiore che si pensò le prime cisti fossero figlie di questa ultima, ritenuta per cisti madre. Epperò dallo stroma ovarico ipertrofico, involvente le singole cisti in esso neoformate e costituente uno strato delle loro membrane può ripetersi lo stesso fatto che primitivamente si avverò nello stroma normale dell'ovario, che si producano cioè nuove *cisti minori*, le quali finiscono col protrudere entro alla cavità dalle primitive: ciò che si vede appunto accadere, massime per la cisti maggiore del cistoma. Dal confluire poi di queste cisti minori e dalla scomparsa delle loro pareti nascerebbe poi quell'aspetto reticolato che mostrasi nell'interno della cisti maggiore, la quale appunto cresce rapidamente in volume a cagione dell'aver in essa accolto il liquido dalle distrutte cisti minori. Devesi dunque ritenere che le cisti ovariche composte non derivino dalla formazione di una cisti primaria madre, dalla quale si sviluppano cisti figlie secondarie; ma che ogni e singola cella cistica sia un prodotto diretto dello stroma normale dell'ovajo; dal quale tessuto costituitosi in membrana attorno alla cisti possono poi (come fatto secondario, ma sempre nella stessa linea di facoltà fisiologica) nascere cisti minori protrudenti entro una o più cisti maggiori. Per il prevalente sviluppo di una cisti poi si ha quella comune costituzione dei cistoma ovarico, in cui una o due celle cistiche, le superficiali, costituiscono quasi tutta o la massima parte del tumore ovarico, mentre quelle della base rimangono piccole per mancanza di spazio.

Questo valga in quanto alla patogenesi del cistoma, mentre riguardo al prodotto, importantissimo pel clinico, deve essere distinto in *primitivo* o *proprio* ed in *secondario*. Prodotti primitivi debbono considerarsi il liquido sieroso ed il colloide, ed i tessuti, dermatico, peloso, osseo e cartilagineo, che tali cistoma sono capaci di dare, come il fatto prova: mentre è prodotto secondario, dovuto ad alterazione morbosa consecutiva, il liquido sanguinolento per rottura dei vasi parietali, e la degenerazione cancerigna delle pareti loro per sviluppo di cellule carcinomatose, costituendo il così detto *cistoma-carcinomatoso*.

ovario, o di ambedue, o la frequenza relativa delle differenti varietà di malattia ovarica.

È contrariamente al pensiero di Virchow e di altri che debbesi ritenere questi cistomi siccome spettanti ad un *unico tipo morfologico originale* differendo fra loro soltanto nella *qualità della attività produttrice* nel *carattere loro vegetativo* e quindi nella natura del prodotto. In tal guisa li vediamo talvolta contenere siero limpido, il più semplice dei prodotti, tal'altra ossa, il più composto dei tessuti classificati come connettivi: in tal guisa pure in uno stesso cistoma vediamo una cisti contenere siero, un'altra peli, un'altra tessuto cutaneo ed ossa e così via.

Una seconda specie di ooforocisti composta, è il così detto *cisto sarcoma dell'ovario*, la cui patogenesi, non chiaramente definita dall'autore, fu dagli studii moderni messa in chiaro. In questi tumori lo stroma delle pareti prevale per massa alle cavità cistiche, e cioè il volume in essi è per la maggior parte dato dal tessuto parietale, dalla parte solida: anzi non tutte le parti del tumore presentano cavità cistiche, ed è v' hanno punti in cui il tessuto è compatto. Quivi il fatto istologico primitivo è la formazione di un *neoplasma*, di un tessuto connettivo nuovo, entro al cui stroma per affidrosi dell'elemento cellulare nascono in vari punti dilatazioni e raccolte cistiche. Differiscono tali cistosarcomi dai cistomi sopradescritti perchè le celle di questi provengono da un connettivo proprio del normale stroma ovarico, mentre le celle dei primi provengono da un connettivo neoformato entro allo stroma normale dell'ovario. Kiwisch vuole che le cavità cistiche di questi sarcomi ovarici di neoformazione siano effetto dell'affidrosi dei follicoli Graafiani contenuti nelle maglie loro: ma Foerster ha dimostrato che desse nascono da ammassi di cellule nucleate dello stroma neoformato, alla stessa guisa che avviene dallo stroma normale inviluppante i cistomi, siccome dissi addietro.

Il contenuto di questi cistosarcomi è vario come quello dei cistomi, cioè siero, umor colloide, cute, peli, ossa, denti e cartilagini. Il volume è sempre inferiore a quello dei cistomi e delle cisti da affibrosi follicolari.

Per ultima forma di ooforocisti, debbesi notare il *carcinoma-cistico*, o cancro alveolare, confuso da molti erroneamente col cistoma-carcinomatoso: giacchè il primo risulta da primitiva degenerazione cancerosa dello stroma ovarico con secondaria formazione di cisti entro ad essa per proliferazione delle cellule connettive; mentre nel secondo le celle cistiche nascono primitivamente dallo stroma ovarico normale, e solo in seguito degenerano in cancro.

I carcinoma-cistici, confusi da Scanzoni perfino colla cisti colloide dell'ovario, sono assai rari, non raggiungono mai un grosso volume, e presentano prevalenza della massa cancerosa solida sulla massa del contenuto, che ordinariamente è sierosa o sierosanguinolenta, raramente colloide.

Ho voluto dare in breve una nozione delle vedute patologiche recenti intorno a questo argomento, perchè parmi molto importanti anche al clinico in quanto ha riguardo al decorso, agli esiti ed al trattamento delle singole varietà di ooforocisti: e d'altra parte era necessario che il lettore conoscesse per confronto anche la nomenclatura che gli studi recenti di patogenesi e di istologia hanno dato ad esse.

DE-CRISTOFORIS.

Rapporto alla prima quistione i dati generali delle statistiche, come mostra la tavola qui sottoposta, tendono a provare la preponderante frequenza dell'affezione dell'ovario destro.

	Ovario destro.	Ovario sinistro.	I due ovarii.	Totale.
Casi raccolti da S. Leo (*)	50	35	8	93
" " Chéreau (**) 109	78	28	215	
" osservati da Scanzoni (***) 14	13	14	41	
" " dall'autore 35	38	19	92	
	208	164	69	441

Questo prospetto però deve riguardarsi solo come una approssimazione alla verità in questo argomento, giacchè è principalmente dedotto da osservazioni fatte sul vivente, mentre è spesso assai difficile determinare se un tumore sia formato dall'ovario destro o sinistro, e ancor più difficile decidere se la malattia sia limitata ad un ovario, e che l'organo dell'altro lato sia sano. Infatti in due casi, oltre quelli ricordati nella tavola, non fui capace di determinare quale fosse l'ovario che produceva il tumore, e probabilmente in qualche altro caso la conclusione a cui arrivai fu erronea. Questa difficoltà nasce inoltre non solo per la posizione mediana del tumore all'epoca in cui il caso cadde sotto la mia osservazione e pel manco di attenzione della paziente a' suoi primi sintomi, scbbene ciò sia assai frequente, ma anche per la circostanza che il legamento dell'ovario si attorciglia talvolta a misura che l'organo aumenta di volume, cosicchè un tumore dell'ovario sinistro produce talora gonfiamento più nel lato destro dell'addome che nel sinistro.

Si difetta inoltre di osservazioni necroscopiche a sostegno dell'asserita maggiore frequenza della malattia di un lato su quella dell'altro, mentre risulta che l'affezione tende ad interessare ambo gli ovarii più spesso di quanto mostra il prospetto. Le cifre di Scanzoni furono dedotte da esami dopo morte, e se ad esse si aggiungono 24 miei e 15 casi di Lee (****) si ha un totale di 80 casi in 28 dei quali la malattia occupa il fianco destro, in 26 il sinistro, e in 26 ambo gli ovarii. Questo risultato inoltre collima con quello che ragionevolmente potevamo aspettarci in anticipazione, perchè, per quanto so, non v'era ragione per la speciale suscettibilità di un ovario e per l'immunità speciale dell'altro.

Il Professore Scanzoni credo sia il solo scrittore che abbia tentato un apprezzamento numerico della frequenza relativa delle diverse

(*) *On Tumours of the Uterus*, ecc. 8.º Londra 1847, p. 120.

(**) Come citato da Scanzoni, op. cit. p. 418.

(***) Ibid.

(****) *On Ovarian and Uterine Diseases*, Londra 1863.

varietà di malattia cistica delle ovaia (*). I suoi 41 casi e i miei 24 danno il seguente risultato:

Cisti semplici	in 16	casi
Cisti grasse	" 2	"
Cisti composte e cisti sarcoma	" 23	"
Tumori colloidali o alveari .	" 21	"
Cancro con formazione cistica	" 3	"
Totale	65	

Bisogna che riservi alla prossima lezione il considerare cosa avvenga di questi tumori, esaminare come la natura procuri, troppo spesso infruttuosamente, di ottenerne la cura, e come la malattia tenda troppo generalmente e troppo invariabilmente a crescere, e col suo crescere ad indurre altre sofferenze e accelerare la morte.

(*) *Op. cit.* p. 418.

LEZIONE XXVI

TUMORI ED IDROPE OVARICA

Decorso generale dell' affezione; carattere eccezionale delle cisti dei corpi di Wolff — disposizione loro a restar stazionarie — L'arresto accidentale di sviluppo delle cisti semplici è di solito temporario — loro completa scomparsa molto rara.

Le cisti scaricano all' esterno talora i loro contenuti per il tubo falopiano, per la vagina, per l' intestino, od all' interno nel peritoneo.

Cangiamenti nelle cisti, loro progressivo ramollimento. — Infiammazione delle cisti. — Disordine della salute per pressione della cisti sui visceri: cachessia concomitante l' aumento della cisti. — Varii modi di morte:

Cause predisponenti dell' idrope ovarica — influenza dell' età, del matrimonio e del parto.

Supposte cause eccitanti della malattia.

Eventuale arresto di sviluppo delle cisti semplici dell' ovario.

Lo studio dell' anatomia delle cisti ovariche e dei tumori che ci occuparono nell' ultima lezione, ci ha resi capaci di fare ora un *passo avanti* nello studio loro e di *investigare* quale sia il loro *decorso*, e quale la loro *tendenza*, quali *sforzi* faccia la natura per *effettuarne la guarigione* e quali siano i *differenti modi per cui esse diventano fatali*.

Si è già detto che i pratici, sebbene ignorassero la loro vera natura, conoscevano da lunga pezza l' accidentale presenza di cisti a pareti sottili tra le pieghe del legamento largo, le quali, dissimili dalle altre cisti connesse alla sostanza dell' ovario, non avevano disposizioni a crescere oltre a dimensioni relativamente piccole. Naturalmente perciò nutrivano favorevoli speranze, che erano giustificate solo nel caso di un' affezione particolare e poco frequente, riguardo anche ad un gran numero di semplici cisti ovariche. Lusinghe pienamente infondate che la malattia potesse talvolta restare stazionaria sconsigliarono così parecchie volte a mia cognizione le pazienti dal giustamente valutare la loro condizione ed il loro avvenire, e dal

consentire, mentre erano ancora in tempo, ad adottare qualche mezzo di cura. È pertanto d'importanza ricordare che le sole cisti, a cui riguardo la disposizione a restare stazionaria può dirsi come loro carattere generale sono le cisti dei corpi di Wolff, ed inoltre che queste cisti non si videro quasi mai eccedere il volume di un arancio, mentre anche una tal dimensione è insolita, e nel gran numero di casi non si rivelano per sintomo alcuno durante la vita, e si presentano molto più spesso all'anatomico che al medico. Infatti un caso solo capitò a mia notizia a cui riguardo io potei essere giustificato nel presumere che la cisti non era ovarica, ma era attaccata agli avanzi del corpo di Wolff. La paziente, la quale quando venne la prima volta a mia notizia aveva 50 anni, restò otto anni in mia osservazione; e il tumore che era connesso colle dipendenze uterine destre mantenne per tutto il tempo le stesse dimensioni, essendo piuttosto più piccolo del capo di un feto, finchè senza sintomo alcuno subitaneamente scomparve senza dubbio per essersi rotte le sue pareti sottili, e il suo contenuto essersi versato nel cavo peritoneale. Il tumore era molto mobile, assai fluttuante appunto al disopra del bordo pelvico, ma talora deprimentesi entro la sua cavità, o allora producente molestie varie per la sua compressione nelle parti colà situate, e specialmente per l'ostacolo che arrecava allo svuotarsi della vescica: sintomi che cessarono affatto dietro la sua scomparsa. Questo è però nella mia esperienza il solo caso di una cisti in rapporto all'utero che rimase affatto stazionariamente di piccol volume per anni; cosicchè temo che dobbiamo considerare le probabilità come contrarie alle più fiduciose viste intorno alla natura di alcuno di questi tumori, e bisogna che riguardiamo inoltre come decisamente sfavorevole il puro fatto dell'avere la cisti acquistata un volume maggiore di quello di un grosso arancio o del capo di un feto. L'arresto della malattia può riguardarsi come un accidente fortunato, ma non può contarsi come un'evenienza probabile.

Dissi che *l'arrestarsi della malattia* in ogni caso di semplice cisti ovarica può considerarsi quale un fortunato accidente, e infatti non so come meglio designarlo, perciocchè il giusto equilibrio tra l'esalazione o l'assorbimento dipende da condizioni che i rimedii non ponno produrre, che tutto diagnostico non può nemmeno predire. In generale questo fatto non si verifica finchè la cisti è nella cavità pelvica perchè sebbene lo sviluppo del tumore possa allora esser lento, mentre giace colà, è soggetto a pressione, ad essere irritato dalle condizioni variabili dei visceri adiacenti. Dopo che si è innalzato al disopra dell'orlo pelvico questo fortunato accidente ha talora luogo, sebbene avvenga ben di raro, giacchè, quantunque la cisti non sia più irritata come prima, il suo sviluppo non è ora frenato da limiti fissi resistenti, e quindi si ingrossa con maggior rapidità. In generale l'ingrossamento non progredisce infatti in modo continuo ma a sbalzi, finchè da ultimo il volume del ventre produce malessere e necessita l'intervento. L'eccezione si trova nei casi in cui la cisti

avendo raggiunto un volume alquanto minore di quello del capo di un adulto, comincia con sorpresa e piacere della malata a diminuire, divonta notevolmente più piccolo di quel che era dapprima, sebbene non scompaia quasi mai interamente, ma rimanga per anni, ed anche pel restante della vita della paziente, causando apprensione e molestia, ma non molto sofferimento reale, nè grave danno alla salute.

Nel marzo 1853, vidi una donna nubile, di 31 anni, in cui lo sviluppo di una cisti ovarica aveva tenuto dietro a grave caduta sulle natiche tre anni prima. Al suo ingresso l'addome misurava 93 centimetri all'ombelico; mi si assicurava che il suo aumento era progredito assai rapidamente; la paziente era bramosa anche di subire già qualche rischio colla probabilità di essere guarita di un male che minacciava di diventar origine di molte pene. Le si ingiunse di star a letto per alcuni giorni, affine di poter fare un attento esame dell'addome o dei rapporti del tumore. In una settimana il ventre misurava solo 86 centimetri, e in altri 15 giorni solo 83. È inutile dire che in tali circostanze non si consigliò alla paziente nè la paracentesi, nè altra operazione. Essa tornò alla campagna e alle sue occupazioni qual maestra di scuola del villaggio. Nell'Aprile 1855 l'addome misurava poco più di 86 centimetri, e la paracentesi non divenne necessaria che 4 o 5 anni più tardi.

In grado lieve e per tempo breve non è raro l'assorbimento parziale del contenuto di una cisti ovarica, e chiunque abbia veduto idropi ovariche sarà stato colpito dai gradi diversi di tensione che il tumore presenta ad epoche diverse. Talora è così teso e resistente da parer quasi solido, e invero se il tumore è piccolo questa estrema distensione delle sue pareti può render tanto oscuro il senso di fluttuazione da far cadere in errore l'osservatore quando non sia molto guardingo. Altre volte la fluttuazione è ben distinta, ma la parete della cisti è così flaccida che se il tumore è largo non è facile distinguere tra un idrope cistica e l'ascite (*).

Non è facile determinare la causa di tali variazioni nello stato della cisti. Può talora osservarsi un nesso tra l'approssimarsi di un periodo mestruo e l'allargamento ed aumento di tensione della cisti, mentre di nuovo rimpiccolisce, e le sue pareti diventano flaccide a misura che cessa la mestruazione. Nella maggior parte dei casi però non si osserva in questi cangiamenti rapporto alcuno di periodicità regolare, sebbene, anche quando la malattia procede quasi senza interruzione di male in peggio, vi sono però epoche di stazionarietà se-

(*) Cruveilhier, *Anatomie pathol.*, vol. III, p. 400, parla di una varietà di cisti ovarica come di cisti uniloculari flaccide, e le descrive come conservanti una ragguardevole flaccidità delle loro pareti ed onta anche che abbiano raggiunto un volume assai considerevole. Egli dà inoltre i dettagli di un caso in cui questi caratteri indussero in errore due medici assai distinti, da scambiare un'idrope ovarica per ascite. Questo cisti flaccide sembrano produrre relativamente poco malessere, disturbare ben poco la salute generale, e originare nessun sintomo capace di giustificare la paracentesi. Vidi affatto di recente un caso simile in cui solo dopo avere attentamente esaminato l'addome parecchie volte arrivai alla decisione che il fluido era entro una cisti.

guite da epoche di rapido aumento. L'ingrossamento del tumore inoltre talora ha luogo in modo notevole nel corso di 12 o 24 ore, la subitanità dell'ingrossamento mostrando che è dovuto a rapida effusione entro la cavità delle cisti, non al processo relativamente lento di sviluppo.

Se il contenuto di una cisti ovarica può dunque variare di tempo in tempo, certamente non v'ha ragione per cui in qualche caso il processo d'assorbimento non possa proseguire in modo da aversi la completa scomparsa del fluido e la guarigione completa della paziente.

Tale evenienza è però assai rara, ed alcune delle autorità più competenti l'hanno perfino respinta affatto (*). Credo di averlo visto in un caso nella persona di una giovane donna maritata, che ebbe sintomi vaghi di molestia in vicinanza all'utero per 9 mesi, e si accorse dell'esistenza di un tumore 4 mesi prima di essere accolta nell'Ospitale. Il tumore che era connesso all'ovario sinistro fu punto dalla vagina, e se ne tirò mezzo litro di un liquido assai albuminoso; si venne nella determinazione che appena il tumore avesse ripreso le dimensioni primitive si ripeterebbe la paracentesi e si inietterebbe una sola soluzione iodica, affine di prevenire il raccogliersi di nuovo fluido; 42 giorni dopo la prima puntura doveva farsi questa seconda operazione; ma allora qualcuno che era presente avvisò che il tumore fosse stato più grosso un giorno o due prima di quello che era in quel momento. Si differì l'operazione, e giornalmente il tumore si impicciolì, non subitaneamente come se per rottura dello sue paroti, o per qualche perdita dalla vagina che facesse credere esistere una comunicazione tra esso e la tuba fallopiana, ma a gradi come se il contenuto venisse gradatamente assorbito; 14 giorni dopo, ossia 56 giorni dopo la puntura ogni traccia del tumore era scomparsa. Un altro caso è a mia cognizione della scomparsa di un tumore ovarico in una signora, da cui furono colla puntura estratti 3 litri di un fluido glutinoso color d'ambra carico cinque settimane prima della nascita del suo quarto figlio. Il suo travaglio fu affatto naturale, ma 19 giorni dopo, mentre sedeva su un sofà, fu assalita da repentino violento dolore con deliquio forte e sintomi di rottura della cisti, seguiti da quelli di peritonite generale, per cui fu trattata assai energicamente. Il suo ventre allora si fece gonfio al doppio del volume che offriva quando fu svuotato. Nel decorso di due mesi però questo allargamento generale diminuì, e permise di scoprire un tumore elastico distinto che occupava le regioni ipogastrica ed iliaca destra. Questo in seguito si ridusse gradatamente, cosicchè in capo a 9 mesi dal parto appena poteva trovarsene traccia, e dopo una gravidanza naturale essa partorì il suo quinto figlio due anni ed un mese dopo il suo travaglio antecedente. In questa occasione il me-

(*) Kiwisch e Scanzoni, due delle più recenti e delle maggiori autorità, negano completamente che ciò possa avvenire.

dico che la assisti, e che l'avea curata tutto il tempo della sua malattia primitiva, cerò invano qualche avanzo del tumore. In questo secondo caso vi può essere ben poco dubbio che qualche nesso esistesse fra l'accesso di infiammazione peritoneale, in cui era interessata l'istessa cisti, e la susseguente completa scomparsa del tumore. Nel primo caso però nessun sintomo qualunque concomitò l'estrazione del liquido; ma sobbene noi non sappiamo spiegare per qual modo ciò si effettuò, pure la scomparsa del liquido è inesplicabile quanto o poco più di quanto lo è la cura permanente che talvolta sussegue ad una sola paracentesi, in casi nei quali nè disturbo costituzionale nè sofferimento locale tenne dietro all'operazione (*).

L'assorbimento semplice del loro contenuto è infatti il più raro dei cambiamenti che avvengono nelle cisti ovariche. Un accidente molto più comune, e per cui il loro aumento viene arrestato per qualche tempo, e la loro guarigione di quando in quando completamente ottenuta, è il rompersi e il versarsi del loro contenuto per varie vie, la cisti vuotata cessando forse per qualche tempo, forse per sempre di esercitare la sua funzione secretoria.

Una cisti ovarica può svuotarsi per la via del dotto falopiano osito il più fortunato se non il più frequente, per la vagina, per l'intestino, od anche per la via della vescica; o può scoppiare entro la cavità del peritoneo, o, formando aderenze colle pareti addominali scaricare il suo contenuto dall'ombelico o da un punto ad esso vicino.

Ciascuno di questi esiti abbisogna di un po' di storia; e dapprima quello che si fa dal dotto falopiano dilatato. Si trovano talora casi in cui all'esame cadaverico l'estremità fimbriata della tuba falopiana è aderente ad una cisti ovarica e espansa su di essa, mentre tal tuba è distesa alla sua estremità addominale e presenta tutti i caratteri dell'idrope. Premendo la cisti però si trova che il fluido passa facilmente da essa entro la tuba, mentre in molti casi, affatto oppostamente a quanto potevasi aspettare, non si trova alcun ostacolo meccanico chiudente l'estremità uterina del canale. La comunicazione tra la tuba e la cisti è però abbastanza libera da lasciar passare la punta del dito indice, un legger stringimento marcando la sua posizione, e la disposizione longitudinale delle fibre indicando il cominciamento della tuba. La semplice tonicità delle parti previene lo spandersi del liquido dall'estremità uterina della tuba. Esso si raccoglie nel canale distendendo gradualmente la sua estremità addominale, ed alla fine sortendo attraverso l'utero solo allorchando ha dilatato tutta la lunghezza della tuba e superata la naturale resistenza delle sue pareti. Allora ha luogo uno sgorgo di liquido dalla vagina, e la cisti si svuota in parte od anche completamente, sebbene tali perdite in generale non operino una cura permanente, ma la cisti si riempia ancora, la tuba si distenda di bel

(*) Un caso di graduale scomparsa di una ben marcata cisti ovarica è riferito dal dottor Stuss nel *Monatschrift f. Geburtshunde* febbraio, 1857, vol. IX, p. 143.

nuovo e lo stesso processo si ripeta parecchie volte. Tale sembra almeno esser l'opinione di Adolfo Richard (*) che descrisse assai minutamente tali casi, e che asserisce con grande plausibilità che in molti casi di supposta comunicazione di cisti ovariche colla vagina desse si erano in realtà aperte entro la tuba falopiana.

Non mi si presentò l'opportunità di studiare questo processo dopo morte, e infatti io sono disposto a crederlo un accidente raro, giacchè su 94 casi da me osservati non trovai che un sol caso in cui sembrava che la cisti si scaricasse in questa guisa. La paziente in quel caso era una maritata di 36 anni, il cui addome cominciò ad ampliarsi 6 anni prima del suo ingresso all'ospedale. Dopo aver raggiunto un volume considerevole il gonfiamento scomparve d'un tratto durante una perdita aquea copiosa dalla vagina, e lo stesso accidente ebbe luogo altre otto o dieci volte dappoi. Il fluido così scaricato era incolore; sgorgava a fiotti, talora aumentava a parecchi litri, e la subitanità del suo scolo produceva non di rado deliquio o vera sincope. Talora lo scolo accadeva durante lo sforzo della defecazione, ma più spesso era indipendente da ogni simile causa eccitante. Io stesso accertai la presenza di un tumore distintamente fluttuante, la sua rapida scomparsa 14 giorni dopo, e dipoi il lento riprodursi dell'ingrossamento addominale durante le tre settimane consecutive; allorchè perdesi di vista la paziente.

I sintomi erano però così caratteristici che io credo si sia perfettamente giustificati nel ritenere che si trattava di comunicazione della cisti colla tuba falopiana. L'utero era perfettamente mobile, piuttosto in alto nella pelvi, non esisteva apertura in vagina, e neppure si poteva distinguere chiaramente il tumore attraverso di essa; ma esso ondeggiava evidentemente entro la cavità addominale, lassamente legato, come è spesso un tumore ovarico non aderente, dalle allungate dipendenze uterine. È incerto come si produca la comunicazione tra l'ovario e la tuba in questi casi; ma fu suggerito con molta plausibilità, che è un processo di carattere piuttosto fisiologico che patologico. Negli altri casi però l'infiammazione, la formazione di adesioni e l'assorbimento della parete tanto della cisti che del viscere adiacente sono tutti fenomeni della sortita del fluido.

Si ricordano molti casi (**) di *cisti vuotantisi dalla vagina*; e questo ancorchè escludiamo quelli circa i quali è dubbio se non appartengano più propriamente alla classe descritta da Richard. Molto più frequente peraltro è il formarsi di una comunicazione tra la

(*) *Mémoires de la Société de Chirurgie*, vol. III, 1853 p. 121. La mancanza di ogni segno di azione infiammatoria pregressa all'intorno della comunicazione tra l'ovario e la tuba, fa supporre a Richard che l'origine della condizione rimonti indietro ad un periodo mestruo da molto tempo trascorso, che la vescicola di Graaf, avendo scaricato il suo ovulo, non si avvizzisce come fa di solito, ma ritenendo ancora la sua comunicazione colla tuba si ingrossa, diventa idropica, e così forma ciò che egli propone di chiamare una *cisti tubo-ovarica*.

(**) *Meissner, Frauenkrankheiten*, vol. II, p. 318, contiene numerosi rapporti illustranti questo soggetto.

cisti e il canale intestinale. In generale sebbene non sempre, questa comunicazione ha luogo affatto in basso, e sembra dovuta alla pressione che quella parte di cisti occupante la cavità pelvica esercita sul retto, ed al conseguente assorbimento delle pareti dell'intestino e del tumore. Non molto tempo fa in una mia paziente ebbe luogo una comunicazione in questa maniera, tra un largo sacco che faceva parte di una cisti ovarica composta e il retto un po' al disopra dello sfintore interno. Attraverso l'apertura della grandezza di un pezzo da 5 franchi, parecchi litri di un fluido oscuro grumoso scolarono durante gli ultimi pochi giorni della vita della paziente con molto sollievo delle sue sofferenze, e colla completa scomparsa dell'ostinata stipsi che per molto tempo prima si era mantenuta in causa della pressione meccanica del tumore sull'intestino. L'osservazione di questo e di casi simili suggerisce l'opportunità di tentare di pungere il tumore della vagina ogni volta si producano seri disturbi dalla sua pressione sull'intestino, giacchè la paracentesi attraverso le pareti addominali riuscì infelice o procurò solo un sollievo parziale. Nel caso ora riportato della puntura dell'addome si ottenne ben poco liquido, mentre se si fosse introdotto il trocar in quella parte del tumore che sporgeva entro la pelvi, la cisti principale si sarebbe svotata, e i sofferimenti della paziente, cui la natura mitigò ma troppo tardi, sarebbero stati alleviati molto tempo prima.

Talora però si formano comunicazioni tra una cisti ovarica e il canale intestinale in altre situazioni, e non sono attribuibili agli effetti diretti della pressione, sebbene la loro vera causa sia assai oscura. Così nel Museo dell'Ospitale Guy v'ha una preparazione di una cisti ovarica, alla cui parte superiore si formò un'apertura entro l'intestino. Anche una mia paziente, in cui si sviluppò una cisti ovarica rapidamente nel corso di due mesi, e che provò molto dolore addominale e molta dolentatura, ad un tratto ebbe una sensazione come se qualcosa fossesi rotto nel suo interno, e fu colta da diarrea violenta. Nello spazio di 10 ore ebbe venti evacuazioni, non feculente, ma consistenti in un liquido sanguigno oscuro, il quale sotto il microscopio si trovò che conteneva molti globuli sanguigni, ed anche molti corpuscoli di pus, come anche alcuni cristalli di colesterina. Il tumore scomparve completamente, e cinque settimane più tardi non si poteva scoprirne traccia, sebbene io non possa dire se la guarigione sia stata stabile.

L'apertura attraverso le pareti addominali è un'altra via, per cui talora si svotano le cisti ovariche. In un caso da me veduto la cisti aveva dilatato l'anello ombelicale, ed era protrusa come un'ernia coperta dalla pelle assottigliata, per alcuni centimetri oltre il livello delle pareti addominali. In questo sottile tegumento si formò un'apertura attraverso la quale a parecchie riprese la cisti si svotava in parte. È però più comune che l'apertura si faccia al di sotto dell'ombelico formandosi prima delle aderenze tra la cisti e gli in-

tegnimenti. L'apertura talora si mantiene a lungo fistolosa, sebbene sappia che possa chiudersi, e le perdite per suo mezzo possano cessare permanentemente senza che un cangiamento speciale abbia luogo nella condizione del tumore o del suo contenuto. Per quanto so, una guarigione permanente avviene più di rado dietro la scarica della cisti attraverso le pareti addominali che per qualunque altra via.

La rottura di una cisti ovarica entro il cavo peritoneale è però sempre un accidente più frequente dello scaricarsi per ogni altra via e si riscontrò in 6 casi su 94 di cui serbo memoria. In uno di questi casi una caduta sul ventre produsse lo scoppio della cisti, ma nel maggior numero dei casi che si ricordano la sua rottura derivò da violenza esterna. Talora la cisti esile cede per eccesso di distensione, e questa è probabilmente la spiegazione della sua subita scomparsa nel caso che riportai più sopra, come probabile esempio di tumore connesso cogli avanzi del corpo di Wolff; come pure in un altro caso in cui un tumore del volume di metà la testa di un adulto scomparve subitaneamente, lo stesso accidente essendo accaduto alla paziente diciotto mesi prima. In altri casi l'infiammazione e il rammollimento della cisti precedettero la sua rottura; e l'esame cadaverico la trovò rossa e congesta, e i margini della rottura molli, irregolari e angolari. Talora il sacco una volta rotto non si riempie di nuovo, e si ottiene così una guarigione permanente, sebbene d'ordinario in conseguenza di un attacco di peritonite; ed io temo molto che non vi sia rapporto diretto o costante tra la gravità dell'infiammazione che segue la rottura della cisti e la non accumulazione consecutiva del fluido. Uno dei miei casi fu di una giovane signora di 26 anni in cui una cisti ovarica si ruppe due volte, e la cui vita fu in gran pericolo in ambo le occasioni, ma che non guadagnò perciò il più piccolo ritardo nella rapidità con cui il fluido si raccolse di nuovo. In due altri miei casi la rottura della cisti riuscì fatale; la parete aveva ceduto in ambedue alla parte posteriore del tumore, dove era fortemente compressa contro l'orlo pelvico, ed una estesa ecchimosi all'intorno della crepatura attestava in un caso l'ostacolo meccanico che esisteva al corso del sangue in tale località. Nell'altro caso la decomposizione era troppo avanzata da permettere l'osservazione dello stato delle pareti cistiche.

La mortalità di 2 casi su 6 concorda da vicino con quella che il dottor Tilt (*) deduce da una raccolta di 34 casi, in 10 dei quali la morte seguì alla rottura della cisti. Però in 20 casi il fluido non si raccolse di nuovo, ma io dubito assai che si trovi un numero maggiore di fatti appoggianti la conclusione che in 2 casi su 3 la scarica del contenuto delle cisti entro l'addome sia seguita dalla guarigione permanente (**).

(*) *Lancet*, agosto 5, 1848, vol. II, pag. 146.

(**) Nel vol. V, pag. 226 delle *Transactions of Pathological Society*, è riportato un caso dal dottor Bristowe di rottura di una cisti ovarica entro l'addome, in cui l'apertura restò permanente, le pareti della cisti continuarono a secernere, e l'ascite risultò dall'accumularsi della secrezione entro il cavo peritoneale.

Dai vari esiti che seguirono il versarsi del fluido dell'idrope ovarica entro l'addome fu suggerita una spiegazione dal dott. Simpson (*), adottata poi da Scanzoni (**). Si suppone che il diverso carattere del fluido della cisti determini o no la peritonite; che il puro siero non produca cattivo effetto, mentre una peritonite pericolosa segue il versamento del fluido misto di sangue o di prodotti infiammatorii. Però questa è soltanto una ipotesi probabile, non già provata, e affatto insufficiente per servir di base a qualche indicazione terapeutica.

Altri cambiamenti hanno luogo nelle cisti ovariche, tendenti più a curare che ad aggravare il male. Alcuni di questi cambiamenti sembrano incidenti al processo di formazione, come per esempio la distruzione dei sepiamenti tra le cisti, la graduale liquefazione dei materiali solidi, e la conseguente conversione di un tumore resistente in uno distintamento fluttuante. Questo mutamento è in un senso di cattivo augurio, giacchè credo che sia in generale contemporaneo col più rapido aumento del tumore; d'altra parte però spesso pone a nostra disposizione i mezzi di mitigare le pene della malata colla paracentesi, impraticabile nei primi stadii dell'affezione. Col rapido sviluppo del tumore s'ha in tutti i casi di cisti ovarica composta un corrispondente aumento dei vasi che la nutrono, e conseguentemente maggior disposizione all'emorragia entro la sua cavità. Talvolta infatti la miscela di sangue col fluido della cisti è così considerevole da avere senza dubbio una buona parte nella produzione di quell'anemia e di quell'esaurimento di forze che si osserva spesso nelle pazienti, le quali portano grossi tumori ovarici.

Di tutti i processi morbosi di cui sono sede queste produzioni, l'infiammazione è il più comune e il più importante. Poche cisti raggiungono un certo volume senza esserne colte, e quest'infiammazione è fra tutte del maggior momento, giacchè ben di rado si limita all'interno della cisti, ma in generale attacca parimenti la sua superficie esterna, producendo adesioni fra essa e gli organi vicini, e formando grandi e spesso insuperabili ostacoli al successo delle varie operazioni che furono proposte per la cura dell'idrope ovarico.

Dal punto di vista pratico inoltre questa infiammazione è tanto più importante perchè è spesso scevra da dolore locale, talora infatti accompagnata comparativamente da poco disturbo costituzionale, cosicchè è quasi impossibile determinarlo dall'istoria della malata alcun che di certo circa il suo accadere o no. Di ciò non può aversi miglior prova di quella che ci somministra l'osservazione dei casi in cui al pungere della cisti invece del siero trasparente che si supposeva contenere, si svuotò un fluido torbido assai mescolato a pus, o di altri casi in cui essendosi risolta l'estirpazione del tumore si trovarono aderenze complete coi visceri adiacenti e colle pareti addo-

(*) Op. cit. vol. I pag. 247.

(**) Op. cit. pag. 448.

minali. In molti casi l'infiammazione finisce con esite di essudato di linfa, come anche di versamento di pus, e la membrana interna della cisti si trova ruvida ed ingrossata pel l'essudato, che è talora abbondante da poter essere distaccato appunto come la falsa membrana sulla pleura infiammata. Le cisti multiloculari crede siane più delle cisti semplici soggette a quest'accidente; e spesso anche deve le diverse cavità comunicano tra loro può trovarsi l'infiammazione e l'essudato di linfa in una cisti, e nessuna traccia di un tal accidente in altra immediatamente vicina (107).

Col crescere del tumore, o col decadere delle forze della paziente la disposizione della cisti ad infiammarsi sembra pure aumenti, e tale avvenimento contribuisce ad affrettare l'evento fatale. Non è che di rado però, eccetto dopo la paracentesi o qualche altra operazione, che l'infiammazione spontanea della cisti riesca letale; ma molte cause in generale si combinano a distruggere gradatamente la malata.

Prima tra queste cause devonsi menzionare il disordine delle funzioni degli altri visceri, a misura che il tumore pel suo aumento di volume preme su di essi e lo disturba. Come sapete l'utero gravido anche quando ha raggiunto il suo più gran volume, imbarazza ben poco le funzioni degli altri organi. Gli intestini trovano da cellearsi ad ambo i suoi lati, mentre la direzione in avanti del suo fende nell'asse del distretto pelvico ovvia ogni imbarazzo alla discesa del diaframma, e d'ordinario previene ogni disturbo di stomaco o fegato. Il tumore ovarico d'altra parte a misura che cresce di mole riempie così completamente le regioni laterali da non lasciar spazio alcune per le intestina, fuorchè dietro e al disopra di esso, dove seno spesso compressi entro uno spazio assai scarso. La direzione che prende il tumore è governata da legge ben diversa da quella che regola l'ingrandimento dell'utero gravido, poichè nel primo la discesa del diaframma vien più presto impedita, e la respirazione ne è perciò resa più facilmente laboriosa. Il fegato è allo stesso tempo compresso e

(107) Fra i molti cistoma che io ebbi a vedere, uno solo terminò spontaneamente colla infiammazione e suppurazione del cistovario. Era una polivendola, la quale un anno dopo essersi accorta della presenza di un tumore entro al ventre, fu colta da sintomi di peritonite parziale inferiore, dietro cui i fenomeni di pressione viscerale pelvica aumentarono da rendere necessaria la siringazione; in breve s'aggiunsero sintomi subitofletti, eruzione milliarosa, accessi di freddo ripetuti e morte. Il mio giudizio di peritonite purulenta fu dalla sezione confermata; ma ciò che mi sorprese fu di trovare il tumore ovarico multiloculare contenente in ogni sua cella una marcia densissima flemmonosa verdognola, ed un'ispessimento notevole delle pareti del cistoma, come risultati di un acuto processo flogistico di esso con esito suppurativo. E questa l'unica volta in cui tale condizione mi si appalesò nata spontaneamente, mentre la vidi due volte insorgere conseguentemente a puntura del tumore.

disturbato nell'esercizio delle sue funzioni, e questo appunto quando il disimpegno attivo del suo ufficio è reso tanto più necessario dalla congestione dei vasi addominali occasionata dalla pressione che il tumore esercita, e dalla scarsa secrezione d'urina che ne è compagna e conseguenza (*). In un gran numero di casi questa congestione addominale si mitiga da sé coll'effusione di fluido entro il peritoneo, e in qualche caso la quantità di questa effusione è molto considerevole; l'ingrossamento delle vene superficiali attesta l'ostacolo della circolazione e l'ascite diventa l'occasione di maggior angustia della malattia originale, cui si aggiunge. L'edema delle estremità inferiori è meno frequente che nella gravidanza probabilmente perchè lo stato particolare del sangue favorito da quest'ultima manca nella circostanza del cistovario. Quando esiste si limita spesso ad un membro essendo l'effetto della pressione meccanica. Questo però non è sempre il caso, giacchè l'idropo ovarica si associa talvolta coll'urina albuminosa, non so se come risultato della sua accidentale complicazione colla malattia granulare dei reni, o della congestione di quegli organi, prodotta dalla pressione del tumore.

Mentre il tumore ingrossando tende così a disturbare tutte le funzioni del corpo, la forza della paziente si esaurisce inoltre per l'accorrere al tumore di una buona parte di quel sangue che dovrebbe provvedere alla nutrizione generale del corpo. Nè qui è il tutto; ma uno stato di cachessia, conseguenza e prova dell'alterata condizione del sangue accade frequentemente nel corso di questa come d'altre forme di malattia maligna, alla quale se molti tumori dell'ovario non sono affatto identici, sono però ad ogni modo assai affini. Nelle cisti ovariche semplici è vero che queste ultime cause di sofferenze e pericolo non esistono, e le lusinghe della malattia sono perciò meno tette che nelle altre varietà della malattia. Queste cisti semplici inoltre, come già se ne fece cenno, talora restano stazionarie per molti anni, la vita non essendo accorciata per nulla, appona anzi resa noiosa, dalla loro presenza. Questi però son casi eccezionali e ben rari, giacchè in genere l'accumularsi del liquido in una cisti semplice, presto o tardi rende necessaria la puntura, mentre, fatta una prima volta, la sua ripetizione è ben presto richiesta, o di nuovo la paziente viene così logorata dalla frequente raccolta ed evacuazione del contenuto della cisti (108). Un qualche rischio anche di infiammazione accom-

(*) Due disegni dati dal dottor Bright, loc. cit. tav. VII e IX, sono illustrazioni assai istruttive del modo con cui i tumori dell'ovario comprimono e spostano i visceri.

(108) Oltre al rinnovarsi della essudazione, quale funzione degli epitelii pavimentosi, s'aggiunge, dopo la puntura, una seconda causa che accelera d'assai la rifusione del liquido cistico, e cioè la *trasudazione passiva* che necessariamente deve farsi dalle vene delle pareti cistiche, alle quali, venendo a mancare quella compressione che prima della puntura esercitavano su di

pagna ogni puntura, o quando avviene è pericolo di natura assai seria. La disposizione al suo accadere sembra esser maggiore o dopo la prima esecuzione dell'operazione, o nel caso di pazienti che sono logorate dalla malattia o dalla frequente ripetizione della paracontesi. Nelle malate assai deboli, specialmente in quello che soffrono di forme maligne o quasi maligne di malattia ovarica, il sopraggiungere spontaneo dell'infiammazione della cisti o di una forma subacuta di peritonite non di rado spegne la vita, diventa anormale da settimane e mesi prima.

Abbiamo così completato il nostro esame della struttura dei tumori cistici dell'ovario, ed abbiamo studiato inoltre i vari modi con cui in alcuni casi rari la natura produce la loro guarigione, come anche quelle vie più numerose per cui la paziente è di solito condotta di male in peggio, e la fine fatale è pur troppo sicuramente indotta. Prima di progredire alla investigazione dei sintomi di questa malattia, e alla ricerca di ciò che la medicina o la chirurgia ponno fare per la loro mitigazione o guarigione, vi sono ancora alcune questioni, riguardanti lo loro cause o le circostanze che favoriscono il loro sviluppo, cui bisogna che procuriamo di dare una risposta.

Possiamo domandare quando queste affezioni accadono comunemente: qualo sia l'influenza dell'esercizio delle funzioni sessuali sul loro sviluppo: se la sterilità o la fecondità vi predispongano: se uno stato disordinato della salute uterina li preceda comunemente; se sieno dessi facili ad accadere ai soggetti la cui salute fu previamente buona, quanto a coloro che furono malaticci per più anni? A questo domando quanto alle cause dell'idrope ovarica, sembrerebbe che si potessero dare risposte definite e concludenti, eppure (fatto abbastanza strano) le risposte sono molto contraddittorie. Le giovani e le vecchie, le nubili e le maritate, le sterili e le madri di molti figli, le robuste e coloro le cui funzioni uterine si eseguivano con dolore o difficoltà, si dissero tutto a volta specialmente soggette alla malattia ovarica.

Riguardo all'età delle pazienti, in cui accade la malattia non sembra esservi periodo di vita che ne goda una assoluta immunità; estremamente rara prima della pubertà, è relativamente assai meno rara, sebbene assolutamente fuori del comune, che incominci dopo la cessazione dei mestruj. Il prof. Kiwisch ricorda (*) un esemplaro di

(*) Op. cit. vol. III, p. 79, parag. 36.

esse il liquido dall'interno e le pareti addominali dall'esterno, una volta evacuata la cisti si inturgidiscono, diventano sede di stasi sanguigna e di trapelamento siero-albuminoso. Il fatto invero del continuo crescente bisogno di ravvicinare sempre più le punture coll'andar del tempo, deve trovare in questa considerazione fisio-patologica un'altro dei momenti causali, in aggiunta a quello già noto dell'idremia crescente. DE-CRISTOFORIS.

malattia cistica dell'ovario in una fanciulla di un anno nel museo di Praga, e ne riporta un altro simile a Würzburg in cui l'affezione interessava ambo gli ovarii nel feto. Però egli stabilisce che i 14 anni sia l'età più precoce a cui egli stesso l'ha osservata, e all'ospedale S. Bartolomeo il dottor Burrows ebbe in cura una fanciulla la quale non avendo ancor raggiunto il suo 15.^o anno morì per malattia maligna degli ovarii con formazione cistica nel loro parenchima. Una delle mie pazienti morì di rottura della cisti a 16 anni, e l'allargamento del suo addome che ora considerevole alla sua morte, si diceva fosse stato rimarcato per la prima volta quando aveva 13 anni, la mestruazione non avendo avuto luogo che a 14 anni e mezzo. In un'altra mia paziente la malattia cominciò al 17.^o anno, la mestruazione era occorsa una volta all'età di 15 anni e mezzo, ma non ricomparve che dopo che fu operata di paracentesi all'età di 18 anni. Però questi sono casi eccezionali, e in una metà circa di tutti i casi di idrope ovarica il principio della malattia data dall'età fra i 30 e i 40 anni.

Questo risultato almeno è quello a cui arrivai dal confronto di 94 casi de' miei con 97 di Scanzoni (*) che riporto nel prospetto qui sotto. Io uso le cifre di Scanzoni a preferenza di quelle di ogni altro Autore perchè egli solo prese per base le età a cui comparvero i primi sintomi della malattia, mentre molti scrittori hanno fatte le loro tavole dietro l'età in cui le pazienti capitarono la prima volta sotto la loro osservazione.

Tabella dimostrante l'età in cui in 191 donne si mostrarono per la prima volta sintomi di idrope ovarica:

Casi dell'Autore	Casi di Scanzoni	Totale	Età ai primi sintomi				Proporzione per cento a diverse età
17	5	22	da	13	a	25 anni	11.5
15	12	27	"	25	"	30 "	14.1
15	21	36	"	30	"	35 "	18.8
23	32	55	"	35	"	40 "	28.7
11	14	25	"	40	"	45 "	13.0
8	6	14	"	45	"	50 "	7.3
3	2	5	"	50	"	55 "	2.0
2	5	7	"	55	"	60 "	3.6
94	97	191					

L'altra quistione riguarda l'influenza dell'*esercizio delle funzioni sessuali* nel predisporre alla malattia; influenza che potete ricordare essere assai decisa nel caso del cancro uterino, giacchè soli 3 su 168 pazienti affette da esso erano donne nubili, e sole 13 su 168 pazienti maritate erano state sterili. Però di 94 casi di malattia ovarica, 24

(*) Op. cit. pag. 365.

avvennero in donne nubili, 13 in vedove, e 57 in maritate: asserzione che si riferisce alla loro condizione all'epoca in cui principiò la malattia. Questa proporzione non è molto materialmente modificata da cifre più numerose, giacchè aggiungendo ai miei casi quelli raccolti da Lee e quelli osservati da Scanzoni (*) abbiamo il seguente risultato:

Donne nubili	94	ossia	28.7	per cento
" vedove	31	"	9.4	"
" maritate	202	"	61.7	"
327				

o in altre parole, molto più di un terzo di tutti i casi di malattia dell'ovario cominciò ad un'epoca in cui le funzioni sessuali non erano in attivo esercizio; e più del quarto accadde in donne in cui queste funzioni non erano state affatto in esercizio.

Che l'esercizio delle funzioni sessuali non predisponga a malattia dell'ovario, ma che al contrario sussista qualche nesso tra il loro imperfetto esercizio e lo sviluppo di questa affezione è evidente dalla poca proporzione di fecondità delle donne maritate in cui si verifica l'idrope ovarica. Di 70 delle mie pazienti o maritate o vedove ve ne furono 26 sterili, e dei 52 casi di Scanzoni 18 che parimenti non erano mai state gestanti: o in altri termini in 44 su 122 donne che furono affette da idrope ovarica, o in 36 per cento il matrimonio non era stato seguito dalla concezione, mentre, tra le mie pazienti in genere all'Ospitale S. Bartolomeo la proporzione di matrimoni sterili fu solo dell'11.7 per cento. Perfino quei matrimoni che furono pure seguiti da concepimento mostrarono meno della fecondità media; giacchè dei miei 70 casi, i 44 in cui le donne non furono sterili diedero solo 172 gravidanze; di queste 129 terminarono a termine, 43 finirono coll'aborto. Queste cifre danno una media di 3.9 gravidanze per ogni matrimonio fecondo, o poco più della metà di quello che avvenne nelle persone in cui si verificò il cancro dell'utero. Può anche aggiungersi che in 14 del totale di 33 casi la gravidanza ebbe luogo una sol volta e terminò tre volte prematuramente, nelle altre a pieno termine.

Un'altra quistione ancora richiede una risposta cioè, qual nesso, se pure alcuno ne sussista, tra *lo stato ordinario di salute uterina di una paziente* e lo sviluppo consecutivo della malattia ovarica? Ora nulla sembra più probabile di ciò, che colei che fu mestruada irregolarmente, penosamente e scarsamente sarà più atta a soffrir poi di malattia ovarica, che colei la cui mestruazione ebbe sempre luogo affatto regolarmente. Questo appare vero anche dalle asserzioni di Scanzoni; sebbene le mie proprie osservazioni non corro-

(*) Op. cit. pag. 365. Ho compreso in questa lista di donne maritate, sette le quali, sebbene nubili, avevano partorito uno o più figli.

borino la sua asserzione, e probabilmente nè i suoi fatti nè i miei siano abbastanza numerosi per decidere la quistione.

Dei miei 94 casi, ve ne furono 72 in cui l'ordinaria salute uterina fu affatto buona; 3 avevano avuto infiammazione purorperale, ma erano affatto guarite dai suoi effetti; 1 era ancor debole per emorragia dopo il parto; in 8 la mestruazione fu sempre penosa in 5 la mestruazione fu sempre scarsa; in 3 abitualmente irregolare 1 era clorotica, od aveva cattiva salute uterina in tutti i riguardi; 1 aveva da anni sofferto di grande ipertrofia del collo dell'utero, e molta molestia conseguente a ciò.

D'altra parte Scanzoni dice che vi furono soli 20 dei suoi casi in cui la mestruazione fu sempre normale; mentre 19 pazienti avevano sofferto più o meno di clorosi, 12 di dismenorrea, 5 erano sempre state menstruate assai abbondantemente, ed 1 paziente, in cui la malattia ovarica sopravvenne nel 41.^o anno di età, non era mai stata menstruata. Qualunque sia la verità riguardo questo argomento posso solo pensare che le cifre di Scanzoni danno una frequenza maggiore di disordine mestruo, qual precursore di malattia ovarica, e che le mie forse errano dall'altro lato.

Troviamo in molte malattie che le pazienti cercano assegnare qualche causa del principio del lor male, causa spesso affatto ideale, talora assurda. Così è nel caso di malattia ovarica, mentre se si rifiuta tutto ciò che è puramente ideale, risulteranno essere comparativamente pochi ed eccezionali i casi in cui puossi assegnare qualche causa plausibile alla spinta iniziale della malattia (*). In 21 dei 97 casi di Scanzoni, ed in 18 de' miei 94, ossia in 39 su 191 casi, le seguenti furono con qualche probabilità addotte come cause eccitanti dell'idrope ovarico:

Cominciò entro un anno dopo il matrimonio in	6
Sopraggiunse durante la gravidanza	" 2
Seguì non molto dopo il parto	" 15
Succedette all'aborto	" 4
" a metrite da raffreddamento	" 3
" a soppressione dei mesi per freddo	" 2
" a colpo violento all'ipogastrio	" 1
" a colpi violenti sulla pelvi	" 2
" a sforzi o fatica eccessiva	" 3
Accaddero simultaneamente coll'ascito e anasarca per essersi esposta a raffreddamento	" 1

39

(*) Di 36 casi raccolti da Lee, *op. cit.* pag. 118, ve ne furono 28 in cui le supposte cause riguardavano le funzioni uterine, valendo per 5 il matrimonio, per 9 il parto, per 2 l'aborto, per 7 la subita soppressione dei mestri, per 2 la cessazione della mestruazione, e per 3 l'irregolarità del suo esercizio.

Da tutti questi fatti, adunque, possiamo concludere che la causa immediatamente eccitante l'idrope ovarica, quando si può assegnare causa alcuna, è ordinariamente in rapporto a qualche disordine delle funzioni uterine, o all'eccitamento recente delle loro forme più nobili di attività. Nondimeno non bisogna tirare una deduzione troppo estesa da questo fatto, giacchè nel gran numero dei casi la malattia sopravviene indipendentemente da ogni causa che ad essa possa ragionevolmente essere attribuita; mentre inoltre avviene nelle non maritate più frequentemente di qualsiasi altra malattia organica degli organi sessuali, e le maritate che ne soffrono sono contraddistinte per la loro poca fecondità, e per la frequenza fra loro della sterilità assoluta.

Nella prossima lezione abbandoneremo questi dettagli incompleti e inconcludenti per dedicarci alla indagine pratica molto più importante dei sintomi e della diagnosi dei tumori dell'ovario.

LEZIONE XXVII

TUMORI ED IDROPE OVARICA

Sintomi della malattia, talora mancanti nei primordii: riferibili in generale a cinque capi — disordine funzionale degli ovai, dolore, effetti della compressione, sintomi di cachessia, e sintomi conseguenti all'intervento.

Diagnosi, sue difficoltà; diagnosi differenziale dall'infiammazione del legamento largo e dai suoi estri, dal tumor fibroso dell'utero, dalla deviazione uterina, dall'ascite, dalla distensione di vescica, dalla gestazione, dai tumori di milza e fegato, ecc.

Nota sui tumori fluttuanti dell'addome.

Molte delle malattie uterine presentano nei loro stadi incipienti un imbarazzante rassomiglianza fra di loro. Il dolore e il disordine mestruo sono comuni al maggior numero, ed accompagnano tanto le affezioni lievi come le più gravi, mentre spesso non è che dopo qualche tempo che la malattia mostra una fisionomia distinta, e ci abilita a determinarne la natura e giudicarne l'importanza.

Questo è specialmente vero riguardo alla malattia ovarica, che alla sua invasione di solito attrae ben poco l'attenzione, in causa dell'incertezza dei suoi sintomi primitivi; mentre non di rado, appunto come è dei tumori fibrosi dell'utero, la sua esistenza non è sospettata finchè il caso ad un tratto svela la presenza di un tumore abbastanza grosso.

Paragonando i 94 casi su cui si fondano principalmente queste osservazioni, sembra che il primo sintomo di malattia dell'ovario sia stato:

Soppressione dei mestruai	11	casi
Mestruazione irregolare.	5	n
Mestruazione scarsa e penosa	1	n
Mestruazione profusa	2	n

Deliquio subitaneo e sintomi simulanti quelli della gravidanza	1	casi
Doloro dell'addome, riferibile più o meno distintamente al lato in cui principiò la malattia	31	"
Ritenzione d'urina, o mizione difficile	10	"
L'inaspettata scoperta di un tumore	33	"
	—	
	94	

La mancanza di attenzione alla propria condizione, desunta dal volume considerevole che raggiunge talora il tumore addominale prima che attiri l'attenzione delle pazienti, è così strana che non sembrerebbe credibile se non fosse cosa di tutti i giorni. Non molto tempo fa vidi una signorina in cui una cisti ovarica del volume della testa di un adulto fu scoperta solo accidentalmente, in conseguenza del suo patire di un forte attacco di dolor addominale, mentre trovavasi in casa di un modico. Se tumori così grossi ponno non esser rinarcati, tanto meno si devo meravigliare che quei di più piccola mole si trovino di spesso sol quando si fanno sede di dolori, o quando producono inconvenienti per la pressione sui visceri circonvicini.

Non è facile dire da che dipenda la mancanza frequente di sintomi nei primi stadi dell'idrope ovarica. L'immunità da patimenti dunque è però lungi dall'essere costante, o in molti casi si prova molto più dolore e malessere quando l'ovario ingrossato rimane ancora entro la cavità pelvica, di quel che si provi nel tratto successivo o almeno che si provano finchè il suo volume comincia a disturbare le funzioni dei visceri addominali.

Finchè è entro la pelvi l'ovario ingrossato preme sull'intestino retto, l'utero e la vescica, e mantiene una congestione continua dei vasi pelvici: i quali inconvenienti tutti diminuiscono o scompaiono affatto una volta che si innalza più in su, e si smuove come se fosse lassamente trattenuto dal legamento ovarico. Quando si provano dolori, inoltre, essi in generale indicano qualche causa avvente sede entro la pelvi. Essi sono di solito di un carattere pulsante o bruciante, riferiti principalmente all'una o all'altra regione iliaca, e sono soggetti come tutti i dolori ovarici all'esacerbazione a parossismi. Più di frequente inoltre in questa affezione più che in altra forma di malattia uterina si sente il dolore estendersi in giù lungo la gamba del lato affetto, essendo talora un semplice intorpidimento o senso di noia, però aggravato e reso dolor positivo distinto col passeggiare o coll'esercizio; altre volte è forte e di carattere neuralgico. Oltre a ciò la defecazione penosa e la mizione difficile, specialmente quest'ultime, sono frequenti; e talora la necessità dell'introduzione del catetero è uno dei primi sintomi della malattia; sebbene finchè la disuria persiste, spesso per molto tempo la riten-

zione dell'urina è un accidente raro, e può anche non accadere una seconda volta.

Sebbene in generale più forti dei sintomi che accompagnano i tumori fibrosi dell'utero, essi sono all'istesso tempo di solito di più breve durata, giacchè una cisti ovarica tende più certamente, e ad un periodo più precoce, ad alzarsi fuori della cavità pelvica di quello che lo faccia il tumore fibroso, il cui sviluppo è più lento e il cui intimo nesso coll'utero lo obbliga più a lungo alla sua posizione originaria.

Le mie osservazioni personali non dimostrano disordini di mestruazione così frequenti quanto potevasi aspettare, fra i segni precursori della malattia ovarica, o fra i suoi sintomi primitivi. Ma pure pochi sono i casi in cui la malattia corre al suo termine fatale senza che le funzioni uterine siano interamente disturbate. Io non ho i dati per mostrare l'influenza della malattia dal suo principio al suo fine sotto talo rapporto. Il seguente prospetto presenta lo stato di 94 pazienti, in tutte le quali la malattia era pienamente stabilita; ma la maggior parte trovavansi solo da poche settimane o mesi sotto osservazione.

In 7 casi la mestruazione aveva cessato prima che cominciasse la malattia.

" 2 " la malattia cominciò durante la gravidanza.

" 29 " la mestruazione continuò per nulla disturbata.

Nelle restanti 56:

La mestruazione era dolorosa	in	1
"	"	profusa " 9
"	"	anticipante " 5
"	"	irregolare " 10; in 5 fu il primo sintomo.
"	"	ritardante " 3; " 1 fu il primo sintomo.
"	"	scarsa " 6
"	"	soppressa " 22; " 6 fu il primo sintomo.

56

La tendenza generale della malattia adunque si è di menomare l'attività delle funzioni ovariche senza dubbio in conseguenza della disorganizzazione del loro tessuto. Quindi la persistenza della mestruazione è sempre un segno favorevole nei casi di idrope ovarica, autorizzando a sperare che la malattia sia di natura semplice, e che sia interessato un sol ovario. Però la amenorrea completa è più da temersi come segno sfavorevole, di quello che una mestruazione, anche discretamente regolare, debbe considerarsi come evidenza di forma più semplice di malattia e della sua limitazione ad un solo lato.

Non è possibile dare alcuna descrizione generale dei sintomi degli stadi avanzati dell'idrope ovarica. Essi sono modificati da varie cause

e molte, e diversificano secondo la natura del tumore, la proporzione del suo aumento, l'età della malata, ed anche il suo stato civile e la sua condizione generale. Essi ponno peraltro essero riportati ad alcuno dei cinque seguenti capi, che furon già brevemente trattati quando procurai nell'ultima lezione di indicarvi le varie maniere con cui la terminazione fatale dell'idrope ovarica viene preparata, o effettivamente prodotta.

1.^o Vi sono varie manifestazioni di disturbo della funzione degli ovarii, che si mostrano colle diverse forme di disordine mestruo, di cui i più comuni sono l'irregolarità o la totale mancanza della perdita; la loro troppa frequenza o quantità sono più rare. Però la menorrhagia talvolta accompagna per un certo tempo l'idrope ovarica, e sicchè dello stato della mestruazione non possiamo pienamente fidarci per differenziare i tumori uterini dagli ovarici.

2.^o Si prova dolore od altri sintomi indicanti cambiamenti nel tumore istesso. Nelle cisti semplici il grado di pienezza e tensione della cisti sembra in molta parte determinare la presenza o l'assenza del dolore. Variazioni sotto questo rapporto hanno spesso luogo con molta rapidità; si troverà quasi invariabilmente associato il dolore accresciuto ad aumentata tensione, e una mitigazione del dolore ad uno stato avvizzito della cisti. L'evenienza dell'infiammazione è quasi sempre associata a dolentatura del tumore, sebbene, a meno che sia affetta la superficie peritoneale, di solito non siavi molto dolore, eccetto che alla pressione. Un debolo disturbo costituzionale di solito accompagna questo processo, e sebbene sia di rado ben marcato, pure accessi febbrili indeterminati, brividi, dimagrimento e stato etico ponno considerarsi indicativi di questo accidente, e tanto più certi se si trova in tumore addominale dolente alla pressione. Le forme maligne del tumore ovarico sono spesso associate a dolori durante il loro sviluppo, affatto indipendenti dalla tensione delle loro pareti o da qualche attacco di infiammazione. Questo peraltro non è costante, e non può tirarsi deduzione alcuna quanto al carattere semplice della malattia dall'indolenza del suo sviluppo.

3.^o Coll'aumento del tumore si producono varii sconcerti per la sua pressione sui diversi visceri, e compare una classe di sintomi, sulle cui cause io mi dilungai molto pienamente nel corso dell'ultima lezione. Il respiro difficile, la digestione indebolita, l'ostinata stipsi, la mizione frequente e penosa, la secrezione urinaria diminuita e l'effusione di liquido entro il cavo addominale non sono che altrettanti effetti di questa pressione meccanica. Però la difficoltà d'orinare che avviene negli stadii più avanzati della malattia è prodotta in modo diverso da quando la si accompagna nei suoi primordii. Mentre il tumore è ancora entro il cavo pelvico, disturba la mizione col premere direttamente contro la vescica, dappoi a misura che s'innalza fuori della pelvi stira all'insù l'utero e la vescica, e così disturba la funzione di questa, mentre la presenza di una pressione del tumore dietro la vescica previene in molti casi la sua distensione.

nella direzione antero-posteriore. Seanzoni ricorda anche un altro risultato non costante della pressione del tumore sul fondo della vescica (*). Egli dice che talora impedisce il passaggio dell'urina negli ureteri e produce così una gran distensione di essi e della pelvi renale, e ad illustrazione di ciò riferisce il caso « di una paziente che fu punta 21 volte nel corso di tre anni: la quale operazione durante l'ultimo suo anno di vita era resa necessaria principalmente dalla circostanza che il rapido accumularsi del fluido nel tumore accompagnavasi sempre a completa ritenzione dell'urina, che non poteva essere rimediata col catetere, giacchè la pressione del tumore impediva lo scarico dell'urina dagli ureteri entro la vescica. Nei primi pochi giorni dopo ciascuna paracentesi la funzione della vescica fu regolare, ma a poco a poco lo scolo dell'urina diventò più e più scarso, e nel corso di 5 o 6 settimane si produceva un'altra volta la ritenzione completa dell'urina. All'esame del cadavere dopo morto si scoprì un tumore cisto-sarcomatoso del volume doppio della testa di un adulto, la cui parte inferiore solida premeva sul collo della vescica, ed aveva prodotto, per l'ostacolo allo sgorgo delle urine, una sì grande dilatazione di ambo gli ureteri che il destro misurava 5 centimetri, il sinistro 3 centimetri e mezzo in diametro ». La pressione sullo stomaco produce talora un grave impedimento al prender cibo, dacchè non solo l'organo diventa incapace di sopportarne una quantità assai piccola per volta, ma in alcuni casi si produce un vomito ostinato, cui nessuna medicina può alleviare in grado benchè minimo, e che si arresta solo colla paracentesi della cisti e col togliere così la pressione.

Sintomi ancor più molesti tengono dietro talora alla compressione del retto. Non solo viene così indotta la più ostinata stitichezza, ma perfino l'espulsione di gas è in molti casi impedita; tutto il colon si distende per essi alla grossezza del braccio; e di quando in quando invadono accessi violenti di dolori colici, durante i quali i movimenti dell'intestino sono distintamente visibili sotto le assottigliate pareti addominali, e, come nell'ileo o nell'ernia strozzata, il vomito stercoreaceo si aggiunge di tempo in tempo alle sofferenze della paziente (109).

4.^o A questa classe appartiene una grossa schiera di sintomi d'indole cachettica, dovuti in qualche caso alla natura della malattia degli ovari, in altri alla mera diversione verso il tumore di una grande quantità di sangue che dovrebbe servire ai bisogni dell'eco-

(*) Op. cit. pag. 424.

(109) Ricordando al lettore la mia nota 95, intendo qui pure ricordare l'errore frequentissimo di scambiare per peritonite le frequenti coliche enterite da coprostasi meccanica, ad intervallo accedenti quando esiste un cistovario voluminoso.

DE-CRISTOFORIS.

nomia generale del corpo. Sono sintomi della stessa natura che vediamo verso la fine di ogni malattia lenta, indicanti il graduato deperimento prima di una, poi di altra facoltà; l'agitarsi del lucignolo che tutti ponno vedere doversi presto estinguere. L'appetito diventa più e più capriccioso, e al fine nessun trovato del talento culinario può tentarlo, mentre la digestione deperisce ancor più rapidamente, e il consumarsi del corpo dice pur troppo chiaramente come il poco alimento nutrisca ancor meno e meno. Il polso si fa debole, la forza diminuisce ogni giorno, ed ad una ad una le fatiche abituali vengono tralasciate: dapprima si evitano gli sforzi fatti allo scopo di cangiare attitudine e che l'ammalata tanto desidera di fare, poi quelli della nettezza, e ultimi quelli pel benessere; finchè da ultimo si mantiene tutto il giorno la stessa posizione ad onta del rompersi della pelle molle, bastando alla paziente se la respirazione può continuare quietamente, ed essa possa soffrire senza essere disturbata. La stanchezza allontana il sonno, oppure il sonno non arreca ristoro. La mente solo in mezzo al guasto generale rimane serena, ma non è confortata da quelle speranze illusorie che illuminano, sebbene con falso lustro, il declinare del tifico; giacchè si sente la morte avanzare passo passo; la paziente ne sorveglia così acutamente come noi il suo avvicinarsi, spesso con più acuta percezione della sua vicinanza. Noi andiamo al letto dell'ammalata un giorno dopo l'altro per essere spettatori oziosi di una triste cerimonia e lo lasciamo umiliati dalla coscienza degli stretti confini che limitano le risorse dell'arte nostra.

5.^o Ponno qui calcolarsi tutti quegli incidenti che sono inseparabili da ogni tentativo per palliare o curare; l'esaurimento che sussegue a ripetute punture, l'infiammazione della cisti che succede talora alla sua prima esecuzione, l'emorragia da vasi divisi nell'estirpazione del tumore, o come accidenti più frequenti e perciò più seri, le invasioni di peritonite che sono indotte anche da tentativi di esportazione. Però il loro studio troverà posto più conveniente quando verremo alla considerazione del trattamento delle diverse forme della malattia e dei pericoli relativi all'abbandonarla a sè, od al procurare, coll'uno e coll'altro dei mezzi numerosi ideati, sia di ritardarne il progresso, sia di mitigarne i mali, sia di compierne la totale ablazione.

Ma prima di passare a questo soggetto, sorge la domanda circa a diagnosi dei tumori ovarici: ricerca la cui importanza è impossibile valutare di troppo, mentre, sebbene talora scarsa di difficoltà, è altre volte assai oscura, e richiede una vasta esperienza, e un osservazione bene ordinata per arrivare ad una risposta esatta.

Le difficoltà che si incontrano nella diagnosi dei tumori dell'ovario variano secondo la mole del tumore e la situazione che desso occupa. Finchè rimane per la maggior parte entro la cavità della pelvi, esso per lo più non dà che un senso indistinto di intumescenza, anche se i suoi contenuti siano affatto liquidi: può allora essere

scabroso il fare diagnosi differenziale fra esso e gli cisti d'infiammazione del legamento largo, e fra esso ed un tumor fibroso od una retroflessione dell'utero stesso, specialmente se il viscere è ampliato da gravidanza. Quando il tumore è asceso onto l'addome, la vescica distesa, l'utero gestante, l'allargamento prodotto da ascite, da tumori dell'utero istesso, o da tumori degli altri organi, come il fegato, la milza, l'omento, o il mesenterio, presentano tante diverse cause di errore contro cui dobbiamo stare in guardia mentro, ultima di tutto, non è superflua la cautela che ci avverte di star in guardia contro tumori non reali quali quelli prodotti da gas dell'intestino o da grassi nei tegumenti, o nell'omento, o da feci nel crasso, o contro quei tumori ancor più falsi che non hanno altra esistenza fuorchè nella mente disordinata della paziente.

Accado talvolta che i primi stadii dell'idrope ovarica sono accompagnati da molto disturbo generale febbrile, o da patimento locale. In casi simili puossi per qualche tempo dubitare se un gonfiamento che si scopre al lato dell'utero sia il risultato di infiammazione o se debbe aversi un più serio concetto circa la sua natura. Se la malattia è ovarica si troverà in generale dietro attenta investigazione che qualche leggior molestia riferita al lato affetto, precodette per un tempo considerevole i sintomi più acuti, o che quelli stessi sintomi furono di durata più lunga, di quanto lo siano comunemente quelli che indicano l'infiammazione del legamento largo. Allo stesso tempo però bisogna avere in mente che un attacco infiammatorio è talora il primo segnale della presenza di un tumore ovarico, e che questo è specialmente il caso delle cisti con peli e delle cisti grasse dell'ovaia. Pure anche allora l'infiammazione in generale non si estende ai tessuti adiacenti, cosicchè il tumore ovarico è assai spesso ancor mobile; o so è compresso tanto tra l'utero o la parete pelvica in modo d'aver perduto questo carattere, pure non troviamo quell'ispessimento ed induramento del cul di sacco vaginale che sono compagni costanti di infiammazione del legamento largo e delle parti a lui connesse. Inoltre il tumore, sia che si senta dalla vagina, sia colla mano applicata sopra il pube, presenta un contorno molto più definito di quello fornitoci dal gonfiamento formato dal legamento largo infiammato, mentre alla fine in molti casi la sonda uterina ci dà la facoltà di isolare l'utero dal tumore che gli sta al lato. Anche quando da principio v'è campo maggiore per dubitare, l'osservazione continuata per un tempo relativamente breve quasi sempre toglie l'incertezza. L'infiammazione attacca spesso il lato opposto a quello dapprima attaccato, mentre è raro che ambedue gli ovarii siano interessati entro un tempo così breve l'uno dall'altro. Ma sebbene questo non avvenga, l'infiammazione finirà quasi di certo colla suppurazione e collo scolo di pus, sebbene forse da nessuna via percettibile. Il gonfiore diminuirà allora, sebbene per qualche tempo aumenterà probabilmente di durezza, finchè esso lentamente seompare, mentre il tumore ovarico all'incontro aumenterà,

e col crescere della sua mole la presenza di fluido entro di esso diventerà più e più sensibile.

La distinzione tra i tumori fibrosi dell'utero, e i tumori dell'ovario, è lungi dall'essere così facile come si potrebbe credere in anticipazione, specialmente quando il tumore sorge dalla parete posteriore dell'utero. I fatti che i tumori fibrosi di rado si sviluppano ad un'età così precoce quanto i tumori dell'ovario, che dessi sono di rado solitarii, e che dessi sono di solito accompagnati da emorragia, meritano di aversi sempre presente, sebbene abbastanza incerti per essere concludenti in ogni caso dubbio. Ma inoltre la loro superficie è spesso ineguale o nodulata; dessi presentano un grado maggiore di durezza che una cisti ovarica, sebbene non si debba dimenticare che quando sono piccole e tese le cisti ponno non daro segni distinti di fluttuazione, mentre un tumore fibroso grosso e rapidamente crescente può, quando lo si sente attraverso le pareti addominali, presentare un senso di elasticità che gli dà una rassomiglianza assai ingannevole ad una cisti ovarica. So di un caso in cui questa rassomiglianza ingannò due chirurghi assai esperti a segno di fare un'operazione per l'esportazione di una supposta cisti ovarica, e che scoprirono, quando era troppo tardi, essere quel tumore un *tumore fibroso* molto grosso della superficie esterna dell'utero. L'errore opposto vidi commettere da altri, e io stesso vi inebbiai in casi in cui una piccola cisti ovarica a pareti esili trovavasi ancora entro la cavità pelvica, e di conseguenza vicino all'utero, mentre la pressione dall'alto e intorno ad essa bastava non solo a togliere ogni senso di fluttuazione, ma anche quel senso di elasticità il quale manea così di rado nei sacchi contenenti liquidi.

a circostanza che il tumore si sentiva da ambo i lati della pelvi (cosa su cui da alcuni scrittori si fa molto appoggio come indizio di tumore fibroso dell'utero) è in realtà di poco valore, giacchè, come dissi nell'ultima lezione, ambo gli ovarii sono affetti della malattia nel terzo circa dei casi. I tumori fibrosi non di rado retrovertono alcun poco l'utero mentre i tumori dell'ovario non producono un tale effetto, ma solo lo spingono all'avanti o su un lato. Noi siamo però facili ad essere fuorviati riguardo a questo punto se esploriamo la paziente nella posizione ordinaria sul suo fianco sinistro, dacchè il peso del tumore verosimilmente trascinereà o spingerà l'utero verso il lato su cui giace la donna; e sotto questo rapporto, l'esplorazione allo scopo di accertare un tal fatto deve praticarsi a paziente sdraiata sul dorso. La sonda inoltre ci aiuta spesso a schiarire il dubbio allora coll'isolare distintamente l'utero dal tumore ovarico, altre volte coll'accertare che la cavità dell'utero non è allungata, e così indurei alla conclusione che il tumore non sorge dalle sue pareti. Comunque però sia incontestabilmente valutabile l'evidenza così ottenuta, due circostanze detraggono dal suo valore. Si trova l'allungamento della cavità uterina in casi di malattia ovarica o perchè il tumore, nell'alzarsi fuori della pelvi, stira il corno corrispondente

dell'utero, invece di allungare solamente i legamenti di quel lato, o qual risultato di adesioni formatesi tra l'utero e il tumore la cui cervice è di necessità molto stirata pel rapido aumento del tumore. In ambo questi casi la misurazione col mezzo della sonda suggerirebbe una conclusione inesatta; e quindi noi siamo meglio giustificati quando, appoggiati al fatto d'esser piccola la cavità uterina, ne inferiamo che la malattia è ovarica, che non quando nel trovare ingrandita la cavità uterina deduciamo che la malattia ha sede nell'utero.

L'ago a doccia deve forse essero accennato come mezzo di assistenza nei casi dubbii, offrendo la prova o della solidità di un tumore o della presenza di un liquido nel suo grembo. Il non scoprire fluido entro il tumore non toglie menomamente la possibilità che sia ovarico; mentre inoltre, riguardo a questo mezzo ausiliare di diagnosi, debbo aggiungere che il suo uso non è sempre innocuo, ma che sintomi di infiammazione grave sono talora eccitati anche dalla semplice puntura con un ago di un tumore che non sembrava dotato di un alto grado di sensibilità (110).

Il tumore formato dall'utero retroverso o retroflesso è difficilmente scambiato per un tumore ovarico. In primo luogo, come si è appunto detto, il tumore dell'ovario non altera la direzione della bocca dell'utero, ma la porta puramente all'avanti verso la parete pelvica anteriore, mentre in secondo luogo il piccolo volume, la solidità e la relativa poca mobilità del fondo retroflesso dell'utero, e il passaggio diretto dalla cervice dell'utero entro la sua sostanza bastano, indipendentemente anche dalle nozioni dateci dalla sonda, a prevenire l'errore. In un caso però in cui la retroflessione dell'utero persiste fino alla fine del sesto mese di gravidanza io caddi nell'errore di prendere il tumore per malattia ovarica. È vero che vi erano molte circostanze che tendevano in quel caso a dar fede a tale conclusione; ma io voglio ricordarvi, primo che appunto tali casi eccezionali sono quelli nei quali devesi coltivare un'abitudine di osservazione, e devesi acquistare un tatto diagnostico; e dipoi, che in ogni caso di dubbio tumor pelvico od addominale, prima di cercare di determinare cosa sia, dobbiamo essere pienamente persuasi non trattarsi di gravidanza.

(110) L'ago a doccia è consimile al trocar esplorativo, il quale, quantunque esilissimo può destare la più viva peritonite ed esser causa di morte. Fui testimone non è molto di quest'esito rapidissimo in una giovane di 22 anni, nella quale ad assicurare la diagnosi vidi ingigrire un esilissimo trocar d'argento, ad onta del suggerito timore che quell'atto potesse riuscire fatale quanto l'ovariotomia, cui la giovane s'era destinata subire.

È una norma dalla quale non si deve a parer mio declinare, quella cioè di riserbare la puntura a scopo diagnostico al solo momento in cui la paziente è preparata per l'estirpazione del cistovario. Mettere a pericolo la vita

Quando il tumore è cresciuto di volume da occupare la cavità addominale, vi sono altre affezioni con cui può essere confuso. In molti di questi casi puro siamo obbligati a giudicare esclusivamente da quanto vien a nostra personale osservazione, giacchè la paziente è spesso incapace di dare null'altro che un racconto imperfetto della sua condizione precedente, o dei sintomi che accompagnarono lo sviluppo della sua malattia. Nel caso di tutti i tumori addominali, la cui natura è affatto oscura, egli è perciò prudente il prendere certe precauzioni prima di cercare di stabilirne la diagnosi. È sempre utile il tenere la paziente a letto per 24 ore; e se la distensione addominale è molto considerevole, applicare un bendaggio leggermente strotto, come pure darsi la briga di svotare l'intestino alcune ore prima di fare la nostra visita. La differenza tra la misurazione della mattina e della sera dell'addome nel caso di una donna che attenda alle sue faccende ordinarie, è spesso 4 centimetri, e questo aumento nella ultima parte del giorno sembra doversi interamente alla presenza di gas negl'intestini. D'altra parte i buoni effetti del restare un giorno a letto sono spesso sorprendenti nel diminuire la distensione addominale, e nell'aumentare conseguentemente la facilità di esaminare i rapporti di qualche tumore, mentre allo stesso tempo la dolentatura delle pareti addominali è molto diminuita, ed esse diventano tolleranti della pressione della mano molto più di quanto lo sarebbero altrimenti.

La tendenza generale dei tumori ovarici, a misura che crescono di mole, è di dare un senso di fluttuazione più o meno distinto; e molti tumori che piccoli sembravano solidi, col passar del tempo diventano evidentemente grosse cisti semplici contenenti liquido. Questo cangiamento è prodotto sia dalla tensione della cisti che diminuisce a misura che diventa più grossa, in conseguenza di che la

della paziente per l'unico scopo di accertare la diagnosi, non è nè conveniente nè perdonabile. Se è necessaria anche la puntura per togliere ogni dubbio intorno alla natura del tumore sia dessa tenuta come atto preliminare di un'operazione già decretata e diretta alla cura chirurgica radicale della condizione morbosa e per la quale la malata stessa è già disposta. Ma come avrò campo di dire e provare più ampiamente in appresso il elastovario può, meglio di qualunque altro tumore addominale, essere diagnosticato in via *diretta* ed *assoluta* coi mezzi fisici senza bisogno di puntura esploratoria; male si appongono coloro che insegnano doversi giungere alla diagnosi di esso per esclusione, e peggio ancora coloro che vorrebbero dal solo trocar esplorativo venisse dessa accertata e completata. Gli errori di diagnosi registrati nacquero, se si ha la pazienza di riandare con attenzione le storie che ne furono pubblicate, dall'aver ommesso di rilevare l'uno o l'altro dato anamnestico e di impiegare l'uno o l'altro mezzo di diretto esame fisico. Questa convinzione, in me affatto pratica, è divisa pure da distinti specialisti e ad essa si arriva facilmente coll'abitudine dell'osservazione diligente ed ordinata.

DE-CRISTOFONIS.

fluttuazione si fa più palese; sia dalla distruzione dei sepiamenti che la dividevano prima in molte concamerazioni; sia infine dallo sviluppo di una delle cisti a spese delle altre, le quali, insieme a tutto il materiale solido che entra nella composizione del tumore, risiedono alla sua parte bassa vicino al peduncolo dove non possono prontamente essere riscontrate. Si deve all'influenza di alcune o di tutte queste cause se noi troviamo talora l'addome tanto ampliato, e la fluttuazione in tutti i sensi così uniformemente distinta da render dubbio se la paziente soffra di ascite o di idrope cistica. I dati della diagnosi, nel gran numero dei casi sufficienti alla pronta distinzione delle due condizioni, sono i seguenti: l'*ascite* è generalmente preceduta ed accompagnata da molto disordine della salute generale, ordinariamente di carattere febbrile; è comparativamente acuta nel suo svolgimento, è spesso associata ad anasarca, quasi sempre con assai scarsa secrezione d'urina, in molti casi con albuminuria: sotto tutti i quali rispetti differisce essenzialmente dall'idrope ovarica. L'esame inoltre dà un risultato diverso nelle due malattie. L'ampliamento dell'addome è simmetrico nell'*ascite*; mentre nell'idrope ovarica un lato è manifestamente e spesso più prominente dell'altro. Nell'*ascite* l'addome è appianato dilatandosi ad ambo i lati, nell'idrope ovarica il tumore è distintamente più prominente verso la linea mediana, quanto in caso di gravidanza, mentre quando il volume del tumore è assai considerevole fa dilatare all'infuori le coste spurie, e impartisce al torace una forma conica, che non è prodotta dalla semplice *ascite*. La percussione sul davanti dell'addome quasi sempre dà un suono ottuso nell'idrope ovarica, giacchè accade quasi mai che qualche ansa di intestino si frapponga tra l'ovario ingrossato e le pareti addominali. Nell'*ascite* invece gli intestini galleggiano tanto vicini alla superficie quanto lo permette il mesenterio da cui sono trattenuti; e quindi la percussione sulla parete anteriore dell'addome produce un suono chiaro; o se vi fosse ottusità a tutta prima causata dalla presenza di molto liquido, basta premere un po' forte in modo di spostare il fluido e portare la mano più vicina agli intestini affine di svolgere un suono chiaro, o almeno una semirisonanza, che è egualmente caratteristica. Quando la paziente ascitica giace sul dorso la percussione dà un suono ottuso alle due regioni lombari, mentre che se si pone su un fianco, si sente subito la risonanza a quel lato che è superiore. Quando a ciò si aggiunga che l'*ascite* di rado esiste da molto tempo senza essere associata a qualche ostacolo della circolazione addominale, e, quasi per uno sforzo di compensazione a ciò, dà ingrossamento delle vene superficiali dell'addome; e da ultimo, che qualche traccia del contorno del tumore può d'ordinario, usando attenzione, rilevarsi nei casi di idrope ovarica, avrà ora enumerato tutti i segni comuni di ciascuna affezione.

Vari casi però complicano una questione che sembra così semplice, e si può consolarsi d'un proprio errore di diagnosi in questi casi vedendo quanti uomini eminenti confessarono di averne commessi

di simili. Cruveilhier (*) ricorda di avere veduto una signora in cui un idrope saccata dell'ovario venne presa per ascite da due pratici esperti, e non fu che dopo una seconda visita assai diligente della paziente che si convinsero dell'errore della loro opinione, e dell'esattezza delle viste emesse da Cruveilhier; mentre Boinet confessa (**) che in un caso egli iniettò il peritoneo con una soluzione di iodio nell'idea che si trattasse di idrope ovarica. Il maggior numero degli errori che si commettono sono di quest'ultima specie, e molte circostanze contribuiscono a rendere questa la forma di errore a cui i pratici sono più soggetti. Talora infatti troviamo eccezioni allo sviluppo dell'idrope ovarica durante uno stato di salute generale comparativamente buono. Una malata di 42 anni fu ammessa all'Ospital S. Bartolomeo, nella quale la formazione di un tumore ovarico coincideva esattamente con un attacco di idrope generale e albuminuria prodotta dall'essersi esposta a raffreddamento. Una salute assai deteriorata e una scarsa secrezione di urina, che era assai carica d'albumina persistevano pur anco all'epoca che la donna venne a mia cognizione cinque mesi dopo; ma i caratteri del tumore erano per fortuna troppo bene marcati per poterne scambiare la natura.

È assai probabile commettere l'errore opposto in quei casi in cui l'ascite derivando da qualche ostacolo alla circolazione della vena porta, quale per esempio accade nella cirrosi del fegato, invade senza alcun sintomo attivo e senza disturbo importante della salute generale. Tale fu il caso di una donna di 34 anni che fu accettata all'Ospital San Bartolomeo sofferente per dispnea urgente derivante dall'enorme distensione dell'addome, il quale misurava 108 centimetri di circonferenza. Si eseguì subito la paracentesi e si evacuarono 16 litri di siero con molto e immediato sollievo de' sintomi. La paziente allora raccontò che dopo aver provato dolori vaghi nelle membra, il suo addome cominciò a svilupparsi 18 mesi prima, e siccome la di lei mestruazione, previamente regolare, si era allora sospesa, essa alla prima credè di essere gravida. Dopo un'intervallo di tre mesi però ritornarono i mestrui, e divennero in seguito molto più copiosi di prima; ciò la indebolì, ma fintanto che non cominciò la respirazione ad essere imbarazzata per l'enorme ampliamento del ventre non comparvero sintomi gravi di mala salute. La pelle non era itterica, ed un giorno o due dopo la paracentesi la paziente disse di sentirsi affatto bene, la lingua era netta, l'alvo regolare, l'appetito ed il sonno buono. La storia della malata e il suo stato generale potevano fuorviare chiunque; ma le seguenti circostanze ci metteranno pienamente in guardia dall'errare.

1.º Il fatto che non si distinse tumore o cisti dopo la prima paracentesi, e che al raccogliersi di nuovo del fluido non si potevano scoprire limiti distinti al gonfiamento in qualsiasi direzione.

(*) *Anatomie Pathologique* vol. III, pag. 400.

(**) *Iodothérapie*, ecc. 8.º Parigi 1853, pag. 203.

2.^o L'esistenza di risonanza distinta alla percussione ad onta dell'enorme distensione dell'addome, mentre allo stesso tempo non v'era alcuna sporgenza all'infuori delle coste spurie quale apporterebbe un tumore solido di tali dimensioni.

3.^o Lo stato di procidenza dell'utero, mentre tal organo è comunemente, sebbene non sempre, stirato all'insù da un tumore dell'ovario.

4.^o L'ingrossamento delle vene superficiali dell'addome, e la presenza di un ingrossamento assai palese, irregolare e nodoso del fegato.

I segni che in questo caso impedirono l'errore ponno essere quasi del tutto mancanti; e allora come nel caso doloroso che riporterò qui appresso per vostra norma, una legger svista, un piccol manco di vigilanza e attenzione, ponno bastare a farci errare dolorosamente.

Una fanciulla di 17 anni e mezzo fu inviata dalla campagna perchè si diceva sofferente di idrope ovarica, dalla sua storia ed aspetto confermata. Il di lei addome misurava 100 centimetri, era in generale ottuso alla percussione, eccetto in ambo le regioni lombari, dove v'era una somirisonanza nel lato destro ed un suono chiaro più marcato e più esteso nel sinistro. La sua storia era, che avendo cominciato a mestruare a 15 anni, i catamenii continuarono regolari per 12 mesi, quando cessarono in conseguenza di uno spavento ad un'epoca mestruale. La di lei salute però rimase ancora abbastanza buona, ma più di cinque mesi prima che venisse a mia cognizione l'addome cominciò ad ingrossare, e per un mese quest'ingrossamento aveva continuato con gran rapidità, e la respirazione erasi inceppata, mentre da una settimana erasi verificato un poco di gonfiamento alle gambe. Non v'era dilatazione delle vene superficiali dell'addome, il suono generalmente ottuso alla percussione colla risonanza nella regione lombare, l'età della paziente, la sua storia, tutto accordavasi tanto esattamente coll'opinione stata manifestata dal precedente suo medico, che non si ebbe neppure il menomo dubbio la sua malattia non fosse idrope ovarica. Si evacuarono 10 litri di siero chiaro-gialliccio con gran sollievo, si applicò un bendaggio al ventre, e non ne seguì sintomo cattivo. Entro 11 giorni il fluido essendosi raccolto di nuovo se ne fecero sortire altri otto litri, e vi si iniettarono per mezzo della canula 300 grammi di una soluzione di iodio: e si ritenne anzi così pienamente giudicata la natura del caso, che a questo atto operativo non si fece precedere, come avrebbesi dovuto fare, la ripetizione di un attento esame dell'addome. L'iniezione causò qualche dolore e allarmante deliquio, e, fino alla morte della paziente avvenuta 16 ore dopo, il sintomo predominante fu una gran prostrazione. V'era ben poco dolore, nessuna ansietà della fisonomia, nessuna inquietudine o agitazione, e sebbene il polso fosse assai debole, pure per otto ore l'azione del cuore fu buona e regolare, la paziente sonnecchiò ad intervalli o svegliossi con piena co-

scenza. Dopo quel tempo però sopravvenne un collasso più marcato, la pelle divenne fredda, il vomito si ripeté di frequente e così declinando essa morì con ben poco dolore e mantenendo l'intelligenza chiara quasi fino all'ultimo.

L'esame del corpo scoprì intensa congestione del peritoneo, poche aderenze tra le anse intestinali nella parte superiore dell'addome e adesioni più numerose più in basso, ma nessuna effusione entro il cavo addominale, nè alcun deposito generale di linfa sull'una o l'altra superficie del peritoneo. L'utero e le sue dipendenze erano sane, non v'era tumore in nessun luogo, ma il fegato era ridotto a metà il suo volume e in uno stato di cirrosi assai avanzata.

Ambo questi casi sono istruttivi, l'ultimo specialmente. Desso ci insegna la massima vigilanza che sola può salvarci dall'errore, l'importanza di non prendere nulla in piena fiducia, nè di lasciar vagare il nostro giudizio da qualunque opinione previamente manifestata sulla natura della malattia, quando una malata si pone in nostra cura e noi prendiamo la responsabilità del suo andamento. Desso fa vedere anche il bisogno di non accettare l'istoria antecedente sull'autorità di qualunque altra persona, ma di interrogare minutamente tanto la paziente come i suoi di casa. In questo caso si verificò dopo la morte della paziente che sua sorella era morta di malattia di fegato, e che lo spavento seguito dalla cessazione dei catamenii, fu pur susseguito da dolor forte all'ipocondrio destro e da gran pallore gialliccio della cute, che in seguito si dissipò. Questi fatti avrebbero senza dubbio svegliata l'attenzione sulla possibilità che il liquido nell'addome fosse dipendente da qualche malattia viscerale, sebbene l'esistenza della cirrosi avanzata del fegato in persona così giovane sia senza dubbio un'evenienza eccezionale. Il caso dimostra inoltre che l'ingrossamento delle vene superficiali dell'addome non accompagna costantemente l'ostruzione della circolazione della vena porta, mentre conferma inoltre che la risonanza alla regione lombare non è un segno così fidato di idrope saccata come si suppone comunemente (111). La presenza di molta aria nel crasso può produrre alla percussione

(111) Vuolsi da alcuni che la *dilatazione dell'albero venoso cutaneo* del ventre sia uno dei segni caratteristici del cistovario. V'ha invece chi non trovando questo sintomo costante nell'idrope ovarica non ne tiene calcolo alcuno, volendolo effetto solo di condizione morbosa epatica, di impedito circolo della vena porta; altri all'incontro, mentre giustamente lo dice compagno anche della cisti ovarica, vorrebbe si producesse solo quando è voluminosa, e come tale vorrebbe fosse dovuto alla pressione subita dalle vene cutanee e sottocutanee ventrali in conseguenza della distensione meccanica operata dal tumore sulle pareti addominali; insegnano quindi che tale dilatazione venosa incominci e debba essere unicamente laterale, corrispondente cioè alla metà destra o sinistra delle pareti a seconda che la cisti è destra o sinistra.

Ma se ci facciamo a ricordare l'origine doppia dello sviluppo patologico

un suono chiaro, e questo specialmente nel lato destro, dove i rapporti variabili del ceco modificano grandemente il risultato che si ottiene. Da ultimo possiamo dedurne la regola, che la percezione distinta dei contorni del tumore è una condizione indispensabile per ogni tentativo d'operazione, ed inoltre debbo aggiungere che questo deve essersi rivelato non solo in un antecedente esame, ma anche al momento stesso in cui si tenta un'operazione qualsiasi.

Nei casi che riportai non esisteva tumore solido o almeno tumore alcuno la cui situazione corrispondesse affatto a quella che sarebbe occupata dall'ovario ingrossato; l'ascite e il tumore ovarico però possono coincidere, ma la tendenza a qualche errore di diagnosi in un tal caso sarà piuttosto d'ignorare l'esistenza del tumore che di interpretare male l'ascite. Talora infatti il tumore solido non è per-

delle vene cutanee ventrali, e ad avvertire così l'errore di fisiologia patologica in cui incorrono su tale proposito molti pratici, non senza contare esperti ginecologi, verremo in chiaro del vero e dedurremo il giusto valore di questo segno, per ciò che spetta all'idrope ovarica.

Se l'edema delle pareti in gravidanza e nei casi di tumori grossi addominali è dovuto alla compressione delle vene epigastriche che scorrono entro quelle, non così può essere dello sviluppo delle vene, il quale interpretato come va, secondo cioè le cognizioni anatomico-fisiologiche, deve riconoscere ben altra origine.

Gli è infatti per arresto del circolo venoso sia della vena cava, sia della vena porta, che si ha sviluppo delle vene sottocutanee e cutanee del ventre, quando per intervento delle epigastriche superiori ed inferiori si produce una circolazione laterale fra le vene emorroidali e le mammarie. Ad un tale sviluppo della rete venosa delle pareti addominali fu dato il nome di *capo di Medusa*, ed è a notarsi su di ciò l'errore che vien preso da coloro i quali lo considerano come conseguenza unica di stasi e rigurgito del sistema della vena porta, deducendone l'esistenza unica e costante di condizione morbosa del fegato, mentre può trattarsi anche solo di compressione della vena cava ascendente in causa, ad esempio, di tumori addominali, di cistovario.

È naturale che il sangue della cava inferiore, quando sia impedito nel suo corso, non può ritornare al cuore se non per mezzo delle vene cutanee del ventre.

Da qui la cognizione: 1.^o che lo sviluppo della rete venosa delle pareti addominali non è segno unico di malattia epatica, ma può essere effetto meccanico anche di tumori addominali, di cisti saccate, di cistovario in ispecie; 2.^o che la rete venosa ventrale sarà sviluppata nelle cisti ovariche, appena avranno queste raggiunto un volume sufficiente per comprimere la vena cava ascendente; 3.^o che, se alla cisti si complicherà ascite, tanto più facile sarà lo sviluppo delle vene cutanee in causa del minore spazio e della minore mobilità lasciate alla cisti ovarica; 4.^o che lo sviluppo della rete sarà uniforme tanto ad un lato che all'altro, ad onta che il tumore sia destro o sinistro, perchè quel fenomeno non è effetto di pressione esercitata sulle pareti addominali che lo coprono, ma sul circolo della cava.

DE-CRISTOFORIS.

tibile che dopo l'estrazione del fluido per paracentesi; mentre altre volte lo si trova dietro diligente esame del ventre, giacchè la mano spostando il fluido superiore appoggia quà e colà su un corpo solido le cui dimensioni esatte e la cui forma non è forse possibile di determinare (112).

È specialmente per la prognosi che è importante la scoperta del tumore solido. La presenza di una piccola quantità di liquido nella cavità addominale poco o nulla aggiunge alla gravità della prognosi dell'idrope ovarica. D'altra parte la presenza di molto liquido nel peritoneo, associata ad un piccol tumore solido è sempre cosa di gran momento. Tale tumore è di rado ovarico, perchè i tumori dell'ovario, sebbene disordinino la circolazione addominale quando sono grossi, di rado la intercettano tanto da produrre effusione considerevole. I tumori solidi situati in modo da produrre questo effetto sono spesso di carattere maligno, sono assai soggetti ad ingrossare, e sono difficilmente a portata di ogni genere di intervento (113).

(112) Il ballottamento del tumore ovarico entro il liquido ascitico è quasi sempre percepibile quando si faccia mutar di posizione alla donna, e cioè la si metta, — 1.º sull'uno o sull'altro fianco innalzando a scosse brusche col palmo della mano la parete laterale declive del ventre allo scopo di allontanare il tumore disceso ed appoggiato su di essa per la posizione infitta, e di sentirlo poi ricadere ancora bruscamente sulla mano stessa, mentre che il liquido ascitico spostato dal tumore, che è di quello più pesante, occupa la parte più alta del ventre, il lato cioè opposto a quello su cui appoggia la paziente — 2.º imprimendo al ventre ed al tumore gli stessi movimenti mentre la donna sta boccone, appoggiata sullo sterno e sulle ginocchia piegate ad angolo col tronco orizzontalmente collocato e colle pareti addominali in rilasciamento.

Un altro modo di rilevare la presenza del tumore ovarico entro al liquido peritoneale, si è quello di percuotere colla punta delle dita tese repentinamente e in senso perpendicolare sul ventre, stando la donna supina, in guisa da spostare il liquido ascitico, attraversarne lo strato, suo o approssimarsi fino sulla superficie del tumore, la cui solidità e durezza sarà ben tosto rilevata.

Con questi tre modi di palpazione del ventre è difficile che sfugga alla mano la presenza del tumore ovarico o di qualsiasi tumore coperto e circondato da liquido libero peritoneale.

DE-CRISTOFORIS.

(113) La quantità del liquido ascitico non ha un grande valore sulla diagnosi differenziale di una od altra specie di tumore ovarico, ancorchè sostengasi da taluni che il carcinoma-cistico ed anco il cistoma-carcinomatoso abbiano nella sproporzionata raccolta peritoneale un carattere quasi proprio. L'ascite dipendendo dalla peritonite o dalla compressione vasale, o trovando nell'idremia, nelle cacchessie, nella presenza di altri tumori, altrettante cause coadjuvanti, può trovarsi in ingente quantità anche indipendentemente da degenerazione maligna dell'ovariocisti. Egli è però certo che la presenza di un piccolo tumore ovarico, od una ingente raccolta peritoneale, mentre mancano quelle cause laterali sovraaccennate per giustificarla, autorizzano il pratico a sospettare grandemente di produzione cancerigna dell'ovario ed anco del peritoneo.

DE-CRISTOFORIS.

La vescica distesa fu presa per un idrope dell'ovario, ma è questo un errore che non si deve commettere. La forma esattamente ovale del tumore, la sua situazione mediana, la sua tensione rilevata dietro l'esame esterno, non cambiata la posizione dell'utero, la mancanza di ogni tumore che si possa sentire dalla vagina, o la situazione sua sul davanti e non sul di dietro dell'utero quando se ne senta qualcuno, sono segni caratteristici, anche se non puossi avere una storia del caso. È quasi inutile richiamarvi che in ogni caso in cui la natura del tumore lascia dubbio, si abbia ad introdurre il catetere affine di ovviare la possibilità di queste cause di orrore.

Il prendere in isbaglio l'idrope dell'ovario per gravidanza è impossibile quando appena il caso sia sottoposto a completo esame, sebbene non di rado perfide insinazioni pregiudizievoli al morale della paziente siansi bisbigliate prima che venga sottoposta ad osservazione medica. L'esplorazione della vagina e il trovare inalterato lo stato della bocca, del collo e del segmento inferiore dell'utero, confrontato colla chiusura dell'orificio, col rammollimento della cervice e coll'espansione del segmento inferiore dell'utero accompagnanti la gravidanza, non ponno che togliere ogni dubbio. Però in quei casi in cui un errore avrebbe le più sciose conseguenze, cioè nella donna non maritata, dobbiamo spesso astenerci di dare a chiunque il minimo sentore dei nostri dubbi o sospetti, e siamo perciò inabilitati a suggerire la convenienza di fare un'esplorazione vaginale. Finchè anche una cisti ovarica non eccede il volume dell'utero al quinto mese di gravidanza, non è raro che sia elastica piuttosto che palesemente fluttuante, mentre la posizione del tumore è spesso quasi affatto mediana, sicchè la sua posizione non offre modo a differenziarla dall'utero gravido. L'assenza dei fenomeni simpatici alle mammelle, ed anche di ogni suono simile al soffio uterino, può essere quasi sempre verificata, e merita molta fiducia, quale forte prova negativa dell'esistenza della gravidanza.

Vi sono ancora cattive condizioni rare che producono l'ampliamento dell'addome le quali ponno essere confuse coi tumori ovarici. Tali per esempio, sono quelle grandi raccolte di liquido che si trovarono entro la sostanza di tumori fibrosi dell'utero (*) e tali i quasi egualmente rari casi di idrope saccata dell'addome, in cui il fluido si raccoglie nel tessuto cellulare sotto peritoneale, o tra le pieghe dell'omento (**). Ebbi ad osservare un caso di quest'ultima specie, in cui si trovarono raccolti 4 o 5 litri di un liquido ucrastro tra le dupli-

(*) Vedi un ricordo di questi casi in una nota a pag. 261 della presente traduzione.

(**) A proposito della cisti del cavo addominale vedi l'Ape, *Traité des Hydropiques et des Kystes*, 8.^a Parigi, 1852, pag. 519-587; *Copland's Dictionary*, articolo idrope, e le relazioni a pag. 660; S. Lee *On Tumours of the Uterus* pag. 123; i casi di Sir. B. Brodie, *Med. Gazette*, vol. 1 pag. 334; il dottor Thomson *Ibid.* pag. 468; Cruveilhier, *Traité d'Anat. Pathol.* vol. III, pag. 518; e gli scritti di C. Starkins, *Med. Chir. Trans.* vol. XVIII, pag. 175; o Chantourelle, *Archives de Med.* 1831, vol. XXVII, pag. 218.

cature dell'omento, e durante la vita della paziente frequenti perdite di un liquido simile obboro luogo dall'ombelico. L'idrope durante la vita della malata fu ritenuto ovarico, ma quantunque si trovasse malattia maligna di ambo gli ovarii, pure nessuno di essi conteneva liquido alcuno simile in carattere a quello che fu trovato nell'omento; nè infatti si poterono mettere allo scoperto gli ovarii finchè non fu evacuato il fluido della cisti dell'omento. Non conosco modo alcuno con cui poter differenziare casi simili dall'idrope ovarica per quanto io sappia; la loro natura fu quasi mai sospettata durante la vita della malata.

Le sole condizioni in cui grossi tumori di milza o fegato sono facili ad essere presi per tumori dell'ovario si è quando essi sono di lunga durata, hanno acquistato un gran volume, e avvennero in persone che o sono incapaci per malattia di narrare la propria storia, o si curano così poco di sé da non badare il principio e appona notare il progresso della loro malattia. Eppure anche in queste circostanze la prominenza del tumore alla parte superiore dell'addome, l'ottusità nella regione ipocondriaca, e il fatto che in parte, se non affatto in totalità, può riscontrarsi il margine inferiore del tumore, salverà l'osservatore modicamente diligente dall'errare (114).

E qui io credo che noi possiamo lasciare la diagnosi dei tumori ovarici (*). Che feci nel grosso intestino sieno state prese per essi,

(*) Non conosco luogo più adatto di questo per una breve narrazione intorno a quei tumori fluttuanti dell'addome che tutti i pratici ebbero occasione di trovare, sebbene prevalga molta diversità di opinione riguardo la loro vera natura.

Tutti questi tumori hanno una somiglianza assai stretta tra loro tanto pel volume, quanto per la forma e posizione. Sono di forma ovale, di solito del volume d'un uovo di tacchino e sono in generale situati nella regione laterale o ipocondriaca, il loro margine inferiore discendendo al di sotto del livello della cresta iliaca. Nel più dei casi v'è un solo tumore, ma talora ve ne sono due nei fianchi opposti e per lo più simmetrici in tutti i rispetti. In generale si lasciano spostare all'interno verso la linea mediana molto più facilmente che all'infuori, ed all'insù molto più che all'ingiù, cosicchè essi ponno talora essere spinti all'insù fuori di portata sotto le coste spurie, ma di rado in giù entro la regione iliaca e mai entro la cavità pelvica. Essi sono solidi sebbene non senza un certo grado di elasticità: la loro superficie è liscia e regolare; collo stetoscopio non si scopre alcuna suono in essi, e danno alla percussione un suono ottuso, solo modificato dalla presenza di un'ansa intestinale distesa da aria che si trovi dietro ad essi, e allora ponno avere una specie di semi-risonanza. La pressione su di essi è dolorosa, ma il dolore che è di carattere particolare, è agustoso, di solito cessa prima che si cessi di palparli. Talora però essi sono sedi

(114) Havvi un carattere che per ragione anatomico-fisiologica fa distinguere questi tumori di fegato e di milza da quelli dell'ovaio; legati l'uno e l'altro viscere al diaframma e quasi ad esso sospesi, debbono con esso spostarsi all'imbasso maggiormente e risalire coi moti naturali e cogli esagerati di quel muscolo; la mano quindi applicata su quei tumori, stando la donna supina, su di un fianco od all'uopo anche boccone, rileverà il fenomeno del loro discendere mentre la paziente eseguisce inspirazioni profonde. Fenomeno che non può effettuarsi e non si effettua difatti nel tumore ovarico perchè disgiunto dal diaframma, appoggiato sulla gran pelvi con tutto il suo peso, ed ivi mantenuto dai visceri sovrastanti.

DE-CRISTOFORIS.

cho adipe o fiati abbian destato un sospetto di lorò presonza; che perfino sia stato aperto l'addome per togliere un tumore che si trovò

di un dolore costante noioso, che viene senza causa, e continuando per ore, giorni o settimane, cessa egualmente senza causa, sebbene possa dirsi per regola generale che è aggravato dalla fatica e mitigato dal riposo. Essi furono o riscuotati accidentalmente in una visita praticata al ventre per qualche altro scopo, o il dolore di essi condusse alla loro scoperta per parte della paziente. La loro forza di sviluppo deve essere lenta, perchè, quantunque malate afflitte da essi cadessero per anni sotto la mia osservazione di tempo in tempo, non potei mai verificare che il loro volume avesse subito qualche modificazione. So di un caso in cui un tumore di questa specie esistette per più di 20 anni in una signora di 60 anni senza cambiare di forma, volume o situazione. Questa signora fu veduta dal fu dottor Warren, da Sir Astley Cooper, e Sir Beniamino Brodie, e può dar idea dell'oscurità che domina riguardo la loro natura, se dico che ciascuno di questi uomini eminenti diede una diversa opinione riguardo ad esso, uno di loro riguardandolo come connesso col mesenterio, un altro come un rene ambulante, ed un terzo come ovarico.

Io ricordo 13 casi di cui le principali particolarità sono figurate qui sotto in forma di prospetto.

Età	Anni di matrimonio	Sede del tumore	Tempo da che esiste	Sintomi
26	2	Ipocondrio destro	Scoperto a caso in cura per altro male	Nessuno
27	4	"	Un anno	Dolore e dispepsia
29	8 1/2	Ipocondrio sinistro	"	Dolore dietro fatiche
30	6 sterile	" destro	18 mesi	Dolore e dispepsia
35	maritata	I due ipocondrii	Sinistro 9 mesi Destro 3 settimane	Dolore
38	14	Ipocondrio destro	Un anno	"
47	maritata	Iliaca sinistra	7 anni	Dolore accidentale
60	maritata due volte ora vedova	" destra	20 anni	Legger dolor accidentale
33	17	Ipocondrio destro	6 mesi	Dolore accidentale
30	5	" "	3 anni e mezzo	Dolore misto ottuso
45	2 vedova	" "	2 anni consecutivi a contusione violenta su strada ferata	Dolore leggero nella gamba destra
40	20 maritata	" "	13 anni dopo il parto di un figlio	Dolore ottuso
35	9	" "	Scoperto accidentalmente	Nessuno

Dunque in 10 casi il tumore aveva sede nel fianco destro, in 2 nel sinistro ed in 1 in ambo i lati, la sua posizione era in 11 su 13 distintamente nell'ipocondrio, 2 sole volte nella parte superiore della regione iliaca, e in quei 2 casi si lasciava spostare all'insù e nulla affatto in direzione all'imbasso. La coincidenza di sintomi di

non esistere, prova solo quanto sia grande la possibilità dell'errore, come debba essere vigilante la nostra cura se vogliamo evitare un pericolo, cui i più saggi non furono sempre così fortunati di evitare (115).

dispepsia col tumore nell'ipocondrio destro in due casi suggerisce la probabilità che sia talora prodotto dal piloro scirroso ipotesi che nel caso di una malata in cura del dottor Burrows fu confermata dall'esame necroscopico.

Alcuni tumori mobili ponno possibilmente essere in nesso col mesenterio, ed alcuni ponno autorizzare la spiegazione che fu proposta dal fu dottor Abercrombie di Edimburgo. Egli pensava che una specie di contrazione spasmodica di alcune delle fibre del colon rinserassero una piccola raccolta gassosa, sufficiente per formare un tumore distintamente percettibile dalla mano del medico, ma discernibile per la sua risonanza alla percussione da tutti i tumori solidi. Io però non posso dire di avere trovato qualche condizione che chiaramente corrispondesse a questa descrizione, e non dubito che i tumori addominali mobili presentanti i caratteri suddescritti siano quasi o affatto invariabilmente prodotti da spostamento di rene. Su quest'ipotesi inoltre si può comprendere l'accidentale comparsa del tumore dietro uno sforzo violento o stiramento, come nel caso di una mia paziente in cui susseguì a concussioni in una carrozza della ferrovia, e di un signore in cui fu prodotto per caduta da cavallo. Cruveilhier (*Anat. pathol. gen.* vol. II, p. 723) notò questi tumori, ed osservò che è quasi sempre il rene destro che così si sposta, e che accidentale, mentre è assai raro nell'uomo, è lungi dell'esserlo nella donna. Egli l'attribuiva alla compressione del corsetto troppo stretto sul fegato. « Il rene, dice egli, è allora compresso tra il fegato sul davanti, le coste inferiori o spurie e la colonna vertebrale che sono al di dietro; sarebbe così forzatamente spinto fuori dalla specie di nicchia in cui giace senza esservi aderente, appunto nel modo con cui un nocciolo di prugna sdruciolebbero fuori colla pressione delle dita ».

Non so che sia stata portata maggiore luce su questo accidente, o sul suo modo di produzione, ma un confronto dei casi numerosi che ora si conoscono corroborano l'esattezza dell'opinione di Cruveilhier. Negli *Archives de Médecine* del 1859, vol. II, p. 158 e 301, Fritz raccolse da varie parti 35 casi di rene ambulante. Di questi 5 soli accaddero nel maschio, 30 nella femina. In 19 casi era mobile il rene destro, in 4 il sinistro, e mentre in 7 ambo gli organi erano alquanto spostati, la mobilità del rene destro era in 5 di questi casi più grande che quella del sinistro (116).

(115) Va ricordato fra gli errori possibili lo scambio di un tumore da *idronefrosi* con un cistovario, giacchè quando si pensa alla dilatazione grande di cui sono suscettibili gli ureteri gradatamente distesi dall'urina che vi si raccoglie e che da essi non può defluire nella vescica per retrazione loro consecutiva a calcoli, a saldamento vicendevole delle pareti loro od a neoplasmi; quando si pensa che tanto più inferiore è l'ostacolo, tanto più verso la pelvi presentasi la cisti dall'idronefrosi costituita; quando si pensa che, limitata ad un solo uretere, può accrescere smisuratamente senza minacciare in modo acuto la vita; quando si pensa all'errore nel quale ci inducono spesso gli stessi pazienti colle loro inesatte narrazioni anamnestiche; egli è agevole il perdonare quel chirurgo (come io so esser già avvenuto) che in tale caso e con tale accumulo di circostanze venisse condotto a giudicare per cistovario un'idronefrosi voluminosa ed a pungerla, attesa un'indicazione di urgenza.

DE-CRISTOFORIS.

(116) Un'aggiunta a quanto fu finora detto dall'Autore intorno all'argomento sarà giustificata, io spero, perchè diretta a porgere altri mezzi fisici di diagnosi qui non ricordati, a vieppiù definire nel loro vero valore quelli già annunciati dall'Autore, a dare gli elementi per giungere alla diagnosi differenziale fra l'ascite ed il cistovario, ed a quella di concomitanza dell'una coll'altra condizione morbosa.

Egli è dell'ispezione, della palpazione, della percussione e dell'ascoltazione e della misurazione che dobbiamo servirci a tali scopi e su cui intendo parlare, soffermandomi in ispecial modo sull'ultima che a torto è trascurata dagli insegnanti e sconosciuta dai pratici.

Ispezione del ventre. — Con tal mezzo vuolsi rilevare le irregolarità di forma e di distensione del ventre, nel criterio che un tumore nato e collocato lateralmente nel ventre debba espandere questo nel lato corrispondente molto più che nell'opposto.

Ed è giusto un tal giudizio e lo si verifica all'atto pratico quando trattasi di una cisti piccola o di mediocre volume, e quando manca la complicazione dell'ascite. È fallace invece nelle condizioni opposte, siccome riesco facile avvertire, quando cioè vi ha ascite, il liquido libero di questa andando ad occupare gli spazi lasciati liberi dalla cisti, e quando la cisti ovarica è voluminosa, poichè dessa portasi ben presto nel mezzo del ventre e dà a questo uno sviluppo equabile ed enorme.

È allora che l'ispezione manca di valore nella diagnosi differenziale perchè occupa tutto il ventre dalla cisti, distese le sue pareti ed assottigliate enormemente, salita fino alle regioni alte, finisce coll'adagiarsi sulle fosse iliache e coll'espandere i lati del ventre alla stessa guisa che vien fatto dall'ascite: è per tal modo che scompare quel carattere ritenuto speciale del ventre nei casi di cisti ovarica, e che consiste nell'essere superiore il diametro longitudinale al trasverso in conseguenza del fatto che la raccolta essendo saettata dovrebbe sempre, secondo alcuni, espandere il ventre più dall'alto al basso, che dall'un lato all'altro. Ciò che è falso praticamente e patologicamente, siccome dissi, per l'adagiamento naturale della cisti quando si è fatta enorme ed ha pareti sottili.

Ad accrescere ancor più la facilità di questo errore, s'aggiunge il non tardo edema delle pareti addominali per compressione delle vene epigastriche e per arresto del circolo cutaneo, in modo che a forma di borse flaccide le pareti laterali del ventre si adagiano cascanti sulle creste iliache, simulando vieppiù la forma di ventre comune all'idrope libero peritoneale.

Un secondo dato vuolsi rilevato coll'ispezione oculare del ventre, ed è la dilatazione dell'albero venoso cutaneo di cui ho già parlato nella mia nota III e che non vale di qui ripetere.

* Giova in ultimo non rade volte l'ispezione oculare a rilevare per trasparenza il colore del liquido cistico, se limpido o brunoastro per miscela di sangue; ciò quando le pareti addominali siano sottili assai, siccome avviene degli enormi cistovarii senza ascite, quando, alla stessa guisa che si fa nell'idrocele, si guardi il ventre attraverso la luce di una candela.

Palpazione. — Colla palpazione si rileva l'ondulazione del liquido cistico, sempre minore dell'ascitica e meno superficiale, quantunque vuol esser notato che, se le pareti ventrali sono assai sottili per precisi parti o per l'enorme distensione esercitata dall'ingente tumore, la fluttuazione è anche nel cistovario voluminoso assolutamente superficiale e chiara, ed il liquido appare vicino alle dita, tanto quanto nell'ascite.

Per di più s'ha a ricordare che le cisti ovariche presentano uno spessore vario delle pareti loro, e cioè da 2 a 3 millimetri fino a quello di un pollice e più, a seconda si tratti di cisti semplice, di cistosarcoma o di cistocarcinoma, inducendo così differenze nel grado di ondulazione del liquido.

Un altro fatto è quello della oscurità di fluttuazione nei casi di ascite enormemente tesa per estremo volume; fenomeno pari a quello che avviene in una vescica distesa al massimo da un liquido, nella quale non si ottiene

più il senso di ondulazione. Per questo l'oscurità di fluttuazione voluta da alcuni come criterio proprio del cistovario nella diagnosi differenziale coll'ascite, è un dato nullo, vano, quando quello è di pareti sottili, e quando questa è sviluppatissima.

Che se all'idrope ovarico si aggiunge l'idrope peritoneale, ognuno vede che, mentre si crederà compiuta la diagnosi emanando giudizio d'ascite pel solo fatto d'aver percepita una fluttuazione superficiale ed estesa, la paracentesi ci mostrerà l'errore, la complicazione cioè della ascite col cistovario. E ancora colla palpazione che si arriva a rilevare il *moto di ballettamento* del tumore ovarico entro all'ascite nei modi che già indicai alla nota 112, e che sono di valore immenso oltre all'essere di facilissima applicazione pratica. È infine ancora colla palpazione che durante le profonde inspirazioni si rileva se il tumore addominale come già dissi a nota 114 discende per effetto delle profonde inspirazioni, dando così l'elemento per distinguere se appartenga ai visceri ipocondriaci od all'ovario.

Ascoltazione. — Vuolsi che l'orecchio percepisca nel cistovario un rumore di sfregamento riferibile per alcuni all'ineguaglianza delle pareti cistiche ed all'attrito di queste contro le pareti addominali, per altri all'esistenza di una peritonite cronica nelle parti di questa sierosa che stanno a contatto col tumore. Oltrechè questo fenomeno acustico deve mancare quando il cistovario è complicato alla ascite, a confutazione di questo principio affatto teoretico basta ricordare i caratteri fisici della maggior parte delle cisti ovariche, le quali d'ordinario hanno una superficie esterna, liscia, lucente, madreperlacea, e sempre viscida, scorrevole per l'imbibizione continua del liquido albuminoso interno e dello spandimento sieroso-albuminoso peritoneale, che in una certa quantità le accompagna quasi sempre.

Se poi lo sfregamento vuolsi attribuito alle precesse peritoniti, io faccio notare come da queste più facilmente ne nascono aderenze, le quali tolgono la mobilità al tumore e quindi la condizione necessaria alla produzione del detto rumore di sfregamento.

Non parlo del rumore di soffio che vuolsi da taluni prodotto nelle cisti ovariche: o la cisti è sarcomatosa, carcinomatosa, a pareti grosse assai, e ben altri segni fisici più valevoli andremo a cercare per la loro diagnosi: o l'idrope ovarica è semplice, ed allora mancherà affatto, giacchè fisicamente in questa mancano le condizioni perchè attraverso ad essa si trasmetta il soffio prodotto nei vasi addominali compressi dal tumore.

Il far teorie a tavolino è facile, ma è ben più facile confutarle colla pratica, la quale, almeno per me ed altri, fu negativa su questo rapporto.

Esplorazione rettale e vaginale. — Poco utile la prima e di scarso valore pratico, può essere interamente ommessa nella diagnosi del cistovario. Ci resta l'esplorazione vaginale per gli spostamenti che l'utero può subire in tale condizione morbosa e pel rilievo del tumore cistico. E qui ancora vediamo da taluni dettare una serie di insegnamenti, e sminuzzare i dettagli sui diversi mutamenti di posizione che deve subire l'utero a seconda della posizione e del volume della cisti ovarica.

Se tali precetti possono fino ad un certo punto valere nelle diagnosi di un cistovario nascente, ancora rinchiuso nella piccola pelvi, non così è allorchè il tumore sarà salito nel ventre. L'anatomia patologica ci mostra come la cisti dell'ovario, unica o multipla, si tenga più volte continua al legamento peritoneale mercè un peduncolo sottile ed allungato, per modo che, mentre lascia all'utero la propria mobilità, non lo sposta talvolta nemmeno nei suoi rapporti normali.

Anche le piccoli cisti, del volume di un uovo di gallina, hanno già un peduncolo spesso volte sì lungo da lasciar loro una piena mobilità, in guisa che si portano, quasi galleggianti, al disopra del legamento largo ed escono così dall'ingresso pelvico. Mi occorre già alcune volte di verificare questo fatto anatomo-patologico nelle diverse sezioni di donne che ad insaputa loro e del medico, e indipendentemente dalla malattia che le condusse a morte, portavano un incipiente cistovario.

Questo solo fatto, verificato sul cadavere, basterebbe a mostrare come l'esplorazione abbia un valore secondario nella diagnosi del cistovario: ma noi abbiamo anche il fatto pratico della esplorazione digitale in vita, la quale veramente nel cistovario voluminoso molte volte dà risultati negativi; per di più anche rileva talora un genere di spostamento uterino opposto a quello che per cagione meccanica ci aspettavamo di vedere attesa la posizione del tumore ovarico. Di questi esempi non manca la letteratura clinica sui cistovarii e sulle ovariectomie, e nelle storie diligentissime che ci narra il Koeberle (De l'Ovariectomie 1865) vedesi varie volte esser riuscita ingannevole l'esplorazione digitale dell'utero in quanto al giudizio che si era fatto il tumore ovarico destro o sinistro dalla qualità dello spostamento riscontrato.

Parimenti dicasi della possibilità di percepire col dito la fluttuazione, la resistenza, l'elasticità, la superficie del tumore ovarico, il quale, se siede sulla grande pelvi appoggiato colla sua superficie inferiore sulle fosse iliache, non può essere raggiunto per la vagina. Così è che l'esplorazione digitale non ha che un valore limitatissimo quando trattasi di distinguere una cisti ovarica voluminosa da un'ascite.

Restano ora due modi di investigazione e di diagnosi, sul secondo dei quali noi dobbiamo riposare la maggiore fiducia perchè capace di renderci il criterio più positivo, e perchè io penso che per esso il giudizio nostro, in quanto la scienza medica ce lo conduce, è reso sicuro ed assoluto.

Misurazione. — Prendesi questa in modo simmetrico mercè un nastro semplice o graduato, inelastico, da un lato prima poi dall'altro del ventre, prendendo con un capo dall'apofisi di una delle vertebre lombari e giungendo coll'altro ad un punto fisso, superiore od inferiore di poco all'ombelico.

Questi due punti di partenza e d'arrivo, fissati alla spina ed alla linea asiale del ventre, debbono essere identici tanto nel misurare il lato destro che il sinistro.

Questo mezzo, valevolissimo nei casi di cistovario incipiente e discreto, manca del suo valore nella diagnosi del cistovario voluminoso e massivo, per la stessa ragione che è nulla in tal caso anche l'ispezione del ventre. Non così riesce per il cistovario complicato ad ascite. In questo caso noi abbiamo un tumore il quale ordinariamente non raggiunge il massimo volume appunto in causa della raccolta peritoneale, la quale mantiene una data pressione sulla crescente cisti e ne rende meno celere, meno facile lo sviluppo, alla stessa guisa che nel cistovario doppio si ha sempre un tumore più piccolo dell'altro. Ora dunque il cistovario *limitato*, nuotante nel liquido ascitico, tende a tenere una posizione relativamente sempre un po' laterale, verso il punto d'origine sua, massime nella posizione supina. Se in questo momento si cinge il ventre col nastro misuratore nel modo sopraindicato, si avverte una differenza di espansione fra l'uno e l'altro lato, giacchè nel serrare anche modicamente l'addome si incontra nel lato non occupato dalla cisti una resistenza minore che nell'opposto, dove cioè que-

sta ha sede, e pertanto la misurazione darà in quest'ultimo qualche centimetro di differenza d'espansione a favore del lato occupato dal tumore.

Gli è per questa ragione che la palpazione più che nel cistovario semplice, può rendere migliori servigi in quello complicato ad ascite, giacchè la mano s'infossa meglio e più facilmente nel lato non occupato dalla cisti che nell'opposto.

Tornando alla misurazione, sembra a tutta prima che la differenza debba esser marcata per esser valutabile, e che conseguentemente la differenza di un centimetro o poco più fra le due misurazioni laterali non debba esser tenuta a calcolo, nè avere valore sufficiente: eppure la mancanza di questo risultato nell'ascite semplice e nel cistovario voluminoso, e la costanza sua nei casi in cui si associano queste due condizioni morbose, fanno della misurazione un eccellente mezzo di diagnosi fisica che io raccomando caldamente ai pratici ad onta che sia da poebi ricordato, perchè vero, di non penosa esecuzione, come lo sono la palpazione prolungata e l'esplorazione, le quali hanno d'altronde non molto valore, come già dicemmo.

Nei molti cistovarj che la mia pratica mi fornì ad esaminare ho trovato costante questa differenza di espansione, di latitudine esistente fra un lato e l'altro del ventre, nè il valore di essa scemò per me in confronto ad altri mezzi fisici e in faccia al fatto ad onta che talvolta fosse risultata minima, di due centimetri ed anche meno.

Percussione. — Non sembra vero come a questo mezzo diagnostico dicesi dai pratici così poca importanza, e come dai clinici non se ne estende l'applicazione fin dove è necessario, perchè riesca assolutamente e sicuramente utile.

I più si accontentano di battere il ventre col dito di una mano sul dito dell'altra per rilevarne il suono vuoto, ottuso, che in un colla fluttuazione mostra la presenza di liquido nell'addome, scambiando così facilmente il cistovario coll'ascite.

Ma la percussione non ha confini così ristretti; il suo vero scopo utile nei casi di cistovario è quello di stabilire i limiti del tumore, di demarcare possibilmente in tutta la sua estensione il punto del ventre che cessa di essere occupato dalla cisti per contenere i visceri addominali. Qui sta il lato pratico della *percussione*, ed io intendo mostrare appunto, come *per essa*, più che per qualunque altro mezzo fisico, possa essere con *precisione compiuta la diagnosi di cistovario semplice e la diagnosi differenziale fra cistovario ed ascite, e sia stabilita la concomitanza di queste due condizioni.*

Nato il tumore ovarico ad un lato del ventre e mantenutosi in tale posizione dal principio fino a quando ha raggiunto un mediocre volume, le intestina vengono di necessità per esso sospinte all'altro lato, dando così nella posizione supina un suono pieno *timpanico*, che sta in opposizione con quello dato dalla cisti risiedente al lato opposto, suono, cioè, *vuoto, assolutamente ottuso.*

Pressochè tutti gli autori ed i pratici, pochi esclusi, sono d'accordo sul valore di questo mezzo diagnostico e di questo segno fisico quando si tratta di un cistovario di mole mediocre. Non è così delle cisti *voluminose, massime*, e dei casi di *complicazione ascitica*, dove il dato della diversa risonanza o manca per alcuni di valore, o viene cercato in punti diversi del corpo e in diversa posizione rilevato, non senza pregiudizio della verità e della esattezza diagnostica.

A stabilire la ragione pratica e il valore della percussione davanti a queste divergenze è duopo dare a tale mezzo diagnostico un indirizzo più positivo,

ch'io credo debbasi trovare nel fatto anatomico, nella disposizione che assumono i visceri nelle forme morbose sulle quali ora discutiamo, semplici o complicate.

Dissi che tutti riconoscono per vero e costante che nella cisti ovarica di mediocre volume il lato opposto a quello di sua origine e sede dà suono timpanico alla percussione per la presenza delle intestina in quelle regioni. Ora io domando perchè non da tutti si vuole valutare e ricercare questo fatto anche nelle cisti voluminose?

La cisti ovarica che nasce ad un lato spinge all'altro una porzione delle intestina e ve le mantiene fisse come farebbe una mano, senza permetter loro che salgano in alto sotto il diaframma, perchè verso di esso si innalza essa stessa mano mano che si ingrandisce e prima che abbia occupato tutto il ventre nella sua direzione trasversale: nè questi rapporti reciproci di intestina ed ovaia mutano pel crescere della cisti perchè così vuole la legge di capacità e la primitiva collocazione dei visceri.

A precisare il punto occupato dalle intestina bisogna poi allontanarsi completamente da quanto si vede teoricamente scritto in alcuni testi. Non è dalla risonanza o dall'ottusità degli ipocondrii, nè da quella della parte posteriore, o della superiore centrale del ventre che dobbiamo dedurre la presenza di un cistovario piuttosto che d'una ascite.

Parte delle intestina nel cistovario siedono lateralmente ed inferiormente in quello spazio che sta fra l'ultima costa spuria e la cresta dell'ileo estendendosi verso la colonna vertebrale, perchè la cisti occupante il lato opposto del ventre ha lasciato ad esse quello spazio per adagiarsi, nè le ha spinte tosto e tutte nell'innalto perchè è cresciuta tenendo una posizione sempre più o meno laterale nell'addome. Accade per essa ciò che non accade nella gravidanza e nell'ascite semplice, in cui le intestina sono spinte direttamente e gradatamente all'innalto, perchè l'utero gestante si tiene sempre fin da principio in una posizione centrale nel ventre, e perchè il liquido ascitico riempie i punti più bassi per salire col suo livello uniformemente all'innalto in tutta l'estensione trasversale del cavo addominale.

Là dove le intestina adunque sono sospinte dal cistovario, fra l'ultima costa spuria e la cresta iliaca, unico punto laterale del ventre non irrigidito da parti ossee, dovremo avere un suono timpanico per l'aria che in quelle si contiene, mentre al lato opposto e nei punti corrispondenti dovremo avere sempre il suono ottuso vuoto perchè vi sta la cisti piena di liquido: alla stessa guisa che abbiamo risonanza intestinale in alto nella gravidanza e nell'ascite voluminosa per le ragioni suddette, mentre nell'ascite incipiente a posizione supina il liquido sta nelle parti posteriori ed inferiori, e le intestina nelle anteriori.

Questo risultato fu per me uniforme già più volte nei casi dubbi di cistovario, e posso assicurare che questo solo segno fisico valse alla diagnosi della cisti ovarica, come lo vedremo ora valere nella diagnosi differenziale coll'ascite.

E per vero, mantenute le intestina appoggiate ad uno dei lati del ventre fin dal principio dello sviluppo cistico, siccome già dissi, vi rimangono ancora che si secerna liquido nel peritoneo, giacchè questo è secondario, è nato dopo il tumore ovarico. Infatti, sia per compressione del sistema della porta, sia per ripetute peritoniti, la raccolta ascitica secondaria alla cisti non può distruggere gli indicati rapporti anatomici che questa ha imposto agli altri visceri e che stanno fra questi e quella; il liquido ascitico non troverà spazio che fra la cisti e le pareti addominali in massima parte, fra

le anse intestinali, fra un viscere e l'altro, riempiendo col restante i vani lasciati da essi nel cavo addominale.

Fra la cresta iliaca adunque e le coste sporie di un lato dovrà sempre trovarsi una ottusità minore che non nell'altro corrispondente occupato dalla cisti e negli altri punti del ventre, perchè colà stanno le intestina sospinte e mantenutevi dalla cisti: per cui ad onta che tutto il ventre dia un suono vuoto, completamente ottuso, per la presenza di liquido ascitico e di liquido cistico, pure nel punto suddetto, occupato in pari tempo di necessità dalle intestina, il suono sarà meno ottuso, perchè modificato dalla presenza dell'aria in quest'ultima racchiusa. Il suono pienamente timpanico del cistovario semplice fra la cresta iliaca e le coste diventerà suono *timpanico ottuso* quando il suono pieno reso dalle intestina ivi collocate dovrà attraversare uno strato di liquido ivi pure espanso, come di fatto si ha nella complicazione del cistovario colla ascite.

In tutti i casi che io ebbi ad osservare nei diversi comparti dell'Ospitale Maggiore, prima di qualsiasi altra interrogazione, verificata la fluttuazione del ventre, ad onta delle apparenze ascitiche corsi col plessimetro al punto anatomico indicato sopra, e mi bastò talora il rilievo di un suono vuoto ottuso per emanare diagnosi di cistovario semplice, tal'altra la percezione di un suono superficialmente muto ma timpanico in profondo (timpanico-ottuso) per giudicare trattarsi di cisti ovarica complicata ad ascite. L'anamnesi e l'andamento dell'affezione e gli altri dati fisici, di importanza secondaria, convalidarono il concetto che fu convalidato dalla puntura esploratoria o dall'operazione della paracentesi.

Aggiungo a tutto ciò, che già due volte ebbi nel cadavere a verificare questi rapporti fra intestina e cisti ed a rinvenire appunto le prime adagiate, spinte ad un lato del ventre verso il punto anatomico suddescritto, in guisa da occupare un fianco dell'addome, lo spazio cioè fra la fossa iliaca, le coste spurie e la superficie laterale della cisti. Uno di questi soggetti appartiene ad una donna d'anni 50, portante un'ingentissima cisti multipla destra, morta per risipola gangrenosa della cute addominale e delle cosce, tese oltre misura dal tumore e dall'edema sottocutaneo: l'altro avvenne in una giovane d'anni 18, avente una cisti ovarica sinistra di grosso volume e che tosto dopo una puntura esploratoria venne colta da peritonite con esito suppurativo e morte.

V'ha disparità di opinioni circa il punto in cui la percussione deve essere eseguita, circa la posizione da far tenere alla donna e circa il valore di questo mezzo diagnostico. *Kiwisch*, *Seanzoni*, *Bamberger* confessano di non poter fare la diagnosi differenziale quando si tratta di cisti od ascite eccessivamente grandi; e mentre vi insegnano di percuotere le regioni lombari, *Leidengend* come essi scrivono, per rilevare la risonanza delle intestina che ritengono sospinte posteriormente dall'idrope ovarica, lasciano la donna in posizione supina (*rückenlage*): ciò che è in contraddizione, perchè i lombi non possono essere esplorati col plessimetro se non a posizione seduta.

E segno dunque che dessi percutevano le regioni laterali, le ipocondrie, dove il fenomeno della risonanza o della mutezza è di nessun valore come più sopra dissi: ecco quindi il perchè dicono per essi impossibile la diagnosi differenziale fra cisti ed ascite voluminosa.

Cantani in un suo recente lavoro (*Pneumocysten des Unterteils, Prag. 1864*, e suo *Trattato sull'idrocistovario* nel *Giornale Medico Il Morgagni*, Napoli 1865-66) accenna appunto a queste incoerenze e vuole che si percuotano le

regioni lombari, *quadratusgendi* (lombo-vertebrali e lombo-addominali), perchè ritiene che posteriormente divengano spinte le intestina del cistovario, e colà soltanto si possa rilevare suono timpanico in questo caso; e pertanto vuole che la donna in tale esame si tenga seduta, come effettivamente si esige per poter percuotere i lombi.

Appoggiato ai casi clinici ch'ebbi ad osservare ed al fatto anatomico che mi fu dimostrato dalle due sezioni sopracceunate, io ripeto la mia opinione in proposito, che cioè le intestina nell'ovario-cisti si tengono per la maggior parte ad un lato e inferiormente, non posteriormente; che la cisti sale per prima ad occupare le parti alte, che il liquido ascitico secondario non muta i rapporti primitivi fra intestina e cisti, voluti dal crescere di questa; che quindi basti la percussione delle regioni basse laterali del ventre fra la cresta iliaca e le coste, andando verso la colonna vertebrale, senza che sia necessaria la posizione seduta della donna.

Io insisto su questo mezzo di diagnosi, la *percussione* esercitata nei modi suddetti, perchè lo ritengo sufficiente per sè solo, superiore a qualunque altro e di costante risultato, a meno che un cistovario doppio, un secondo tumore laterale (fegato o milza), aderenze delle intestina col colon trasverso o col ventricolo, non riescano di impedimento alla produzione di quel suono timpanico, o permettano che la cisti e l'ascite occupino il posto devoluto per leggi meccaniche alle intestina.

Correre col plessimetro a quel punto tanto da un lato che dall'altro, percuotervi a malato supino, e rilevare le differenze di sonorità, ecco tutto quanto è necessario per diagnosticare fisicamente un cistovario od una ascite siano semplici, siano complicate.

Altro fatto che rileva la *percussione*, quale io chiamo *delimitante*, quella cioè che circoscrive i confini dei diversi suoni rilevati in una data regione, è la figura dell'area ottusa designata dal cistovario voluminoso in confronto di quella designata dall'ascite pure ingente, stando la donna in posizione supina con cuscino sotto al capo. È un fatto che non trovo accennato in altri pratici e che io rilevai sempre con uniformità di risultato.

Il cistovario non è che una vescica ovoidea, di cui un apice guarda all'innalto verso l'epigastrio, per conseguenza la figura dell'ottusità portata da questa forma fisica comprenderà tutta la parte centrale e superiore del ventre, e verso l'epigastrio si estenderà maggiormente che non verso gli ipocondri, appunto perchè sul prolungamento delle linee parasternali, in corrispondenza cioè dei lati dell'ovoide cistico il liquido saccato misura un diametro longitudinale minore che non al centro sul prolungamento della linea ternale media, della linea cioè che raggiunge i due vertici dell'ovoide: rilevasi per conseguenza un'ottusità che ha la figura di un elissoide colla convessità rivolta verso il diaframma.

Nell'ascite all'incontro (stando sempre la donna supina con un cuscino sotto il capo) il liquido e le intestina si dispongono per legge fisica entro al ventre in guisa che il primo sta inferiormente e le seconde superiormente ad esso fra la regione ombelicale e l'epigastria: avremo quindi risonanza aerea in questo tratto d'addome, ottusità fra l'ombelico ed il pube. Ma il liquido dovendo assumere una disposizione di livello orizzontale al piano su cui è sdraiata la paziente e trovandosi il dorso (in causa del cuscino sotto al capo) leggermente più alto del lombo e del bacino, avverrà pure per legge naturale che lo spazio lasciato libero dal liquido assuma una figura circolare: perciò è che a differenza di quanto feci notare per il cistovario, l'ottusità portata dall'ascite avrà diametri maggiori ai lati, sui prolunga-

menti delle linee parasternali, e un diametro minore sul prolungamento della linea sternale media; sarà infine delineata da una curva rivolta colla sua concavità verso l'epigastrio.

L'applicazione ragionata della fisica, e delle leggi di statica e dinamica è così grande e utile nell'esame di un cistovario e nella diagnosi differenziale fra esso e i molti tumori del ventre, da soddisfare pienamente le esigenze scientifiche e garantirci da errori che non siano giustificati da eccezionalità e rarità estreme di condizioni morbose complicate e oscurissime.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE XXVIII

TUMORI ED IDROPE OVARICA

Cura: difficoltà di valutarne i risultati. — Durata della vita nell'idrope ovarica. — Divisione dei casi in tre classi: alcuni devono essere abbandonati a sè, alcuni possono essere guariti, altri richieggono l'intervento medico.

Misure profilattiche e agenti medicinali.

Processi operativi. — Paracentesi; quando assolutamente necessaria. — Opinioni sul periodo della sua esecuzione, statistiche dell'argomento, i cattivi risultati forse troppo esagerati; circostanze in cui la tempestiva paracentesi può essere ammissibile. — Modo di eseguire l'operazione; pericoli del deperimento e dell'infiammazione cistica; loro sintomi e cura.

V'ha tanta fallacia come altrettanta verità in pressochè tutti i detti popolari. Perfino il proverbio che un « rimedio incerto è meglio che nessuno » non è di applicazione universale, perchè i rimedii dubbii sono spesso pericolosi, e se non guariscono spesso aggravano la malattia. Il pericolo stesso della malattia è un elemento da non perder mai di vista nel valutare l'opportunità di intervenire nel suo progresso; o se il male che presentemente produce non è che lieve, se il suo progresso è verosimilmente lento, se può arrestarsi per cause accidentali, noi dobbiamo esitare a consigliare qualunque procedimento con cui, sobbene si possa probabilmente ottenere una cura perfetta, pure d'altra parte la vita può essere accorciata in un subito. Le probabilità di guarigione completa saranno da ben pocho persone valutate più del rischio di una morte immediata, ed io credo che non ci convenga gettare nella bilancia il peso della nostra influenza.

Considerazioni di tal genere non sono meglio a proposito che nella ricerca del trattamento dei tumori ed idrope ovarica: classe di malattia che invero progredisce sempre di male in peggio, che arreca spesso molto dolore, ma in cui nullameno il sofferimento non è invariabile, nè la tendenza a peggiorare sempre progressiva, cosicchè non possiamo limitarne la durata, o con qualche grado di certezza calcolare dalla data del loro principio il tempo che passerà prima che arrivi al suo termine.

Le ragioni di tale incertezza sono così evidenti che appena abbisogna ch'io qui insista su di esso. Posso però ricordarvi che in molti casi siamo incapaci di fissare l'epoca in cui cominciò la malattia ovarica; sono spesso tanto impercettibili i suoi progressi, tanto pochi i sintomi che accompagnano i suoi primi stadii, che non di rado il tumore ha raggiunto un volume considerevole prima che l'attenzione della paziente o del suo medico sia risvegliata dalla sua presenza. Perfino dopo scoperta è spesso tanto difficile predire il futuro progresso della malattia, quanto determinarne la durata anteriore. La cisti può rimanere a lungo stazionaria, le sue paroti flosce indicando che l'assorbimento procede più rapidamente della secrezione, o che esso può scomparire interamente. D'altra parte può verificarsi un decorso tutt'affatto opposto; la cisti sterile può diventar proliferata, o la cisti composta può subitamente ed apparentemente senza causa passare ad uno stato di sviluppo attivo, o sintomi di malignità ponno manifestarsi in un tumore supposto per molto tempo prima innocente, mentre a tutte queste contingenze devonsi aggiungere quelle inseparabili dai varii generi di intervento cui la cura palliativa del male richiede nel più dei casi. I sostenitori delle vedute più contrarie riguardo ai pericoli inerenti a malattia ovarica non mancano di ampio appoggio alle loro opinioni; si trovano casi in cui la vita continua per anni con discreto benessere, e perfino col debito esercizio delle funzioni sessuali, e la gravidanza e il parto accade ad onta di essa, e la paziente muore alfine per qualche altro male affatto differente. Gli esempi di specie opposta sono ancor più numerosi, mostranti il rapido sviluppo del tumore, il pronto deterioramento della salute generale, la morte che arriva dopo uno, due o tre anni dal cominciamento del male, o la vita abbreviata ancor più presto in conseguenza di qualche tentativo per apportare sollievo temporario, cui non era possibile dilazionare più oltre.

Si tentò infatti di arrivare a risultati più definiti, e il defunto Safford Lee (*) raccolse con caratteristica diligenza i particolari di 123 casi:

In 38 dei quali la malattia durò 1 anno.			
n 25	n	n	2 n
n 17	n	n	3 n
n 10	n	n	4 n
n 3	n	n	5 n
n 14	n	n	5 a 10 anni
n 6	n	n	10 n 12 n
n 5	n	n	12 n 16 n
n 4	n	n	20 n 25 n
n 1	n	n	50 anni
123			

(*) *On Tumours of the Uterus*, pag. 177.

Ora da questo prospetto apparso che 90 su 123 casi, ossia 3 su 4, ossia 73,9 per cento, terminarono fatalmente entro 5 anni, e più del terzo di tal numero entro un anno dal constatato principio della malattia. Ma d'altra parte tra il principio riconosciuto ed il vero della malattia v'ha come già si disse una gran differenza, e mentre le cifre senza dubbio stabiliscono minore la durata del male in molti casi in cui la malattia parve essere più rapida, esse probabilmente non rappresentano veramente il grado, a cui la vita spesso si prolungò al grado di essa. Ancho come stanno le cifre però mostrano che in 16 su 123 casi, ossia quasi 1 su 7, la vita continuò per un periodo da 10 a 50 anni; e non deve dimenticarsi che quando una malattia è lungamente quiescente, la paziente impara a darsene poca briga, essa ne parla ancora meno, perfino il suo medico abituale appena si accorge della sua presenza; e quando essa muore o di questa o di qualche altra affezione, è assai dubbio se colui che vede la fine ha pur veduto il principio della malattia. V'è un altro punto riguardo al quale non vi può essere dubbio, e che invalida tutte le statistiche in proposito di cui fin qui fummo favoriti; e questo si è la gran disparità tra i risultati dei diversi casi. Un anno e 50 anni non possono ambedue presentare realmente il tempo tenuto dall'istessa malattia nel percorrere il suo corso. Noi possiamo definire con abbastanza precisione la durata del cancro uterino, e troviamo che la malattia quando ha sede nell'utero obbedisce alle stesse leggi che la regolano nelle altre parti del corpo. Sappiamo inoltre che i tumori fibrosi dell'utero lenti a crescere, non tendono per sé a distruggere la vita, sebbene nel loro decorso possa accadere qualche accidente da comprometterla e molti altri da renderla dolorosa. Le discrepanze tra i risultati dei diversi casi di idrope ovarica d'altra parte mostrano chiaramente ciò che già ci aveva insegnato lo studio della sua anatomia morbosa, che sotto questo nome furono comprese parecchie malattie differenti, aventi diverse tendenze, autorizzanti una diversa prognosi, e richiedenti diversi modi di trattamento.

In ogni ricerca sulla cura della malattia non si devono perdere di vista questi fatti, ma dobbiamo considerarla in relazione alla forma speciale dell'affezione con cui abbiamo a fare in ogni singolo caso. Non può proporsi la questione se o meno convenga questo o quel metodo di cura per l'idrope ovarica; ma data una certa forma di malattia ovarica, è questo o quel procedimento espediente o conveniente; o è più saggio il far nulla, o il palliare; o il tentativo di far vantaggio giustificabile; e quando infine la necessità di intervenire in qualche modo diventa assolutamente non questionabile, i rischi anche di processi palliativi sono così gravi da permettere di correre un pericolo maggiore per la probabilità di una cura perfetta?

Tutti i casi di idrope e tumore ovarico possono nell'intento terapeutico essere considerati come appartenenti all'una o all'altra delle tre classi secondo che sono:

- 1.º Casi che *possono* lasciarsi a sé.
- 2.º Casi che *bisogna* lasciare a sé.

3.^o Casi che *giustificano o richiedono assolutamente un intervento.*

Tutti i casi di idrope ovarica o di tumori da essa non distinguibili ponno essere abbandonati quando il tumore non ecceda il volume di due pugni, la sua posizione non disturbi seriamente le funzioni dei visceri pelvici, non sia accompagnato da gravi sofferenze, e possa relativamente esser provato che non sia in corso di aumento rapido. Inoltre in proporzione al piccol volume del tumore, alla levigatezza della sua superficie, alla sua elasticità sotto la pressione e alla sua mobilità avremo la misura dell'incoraggiamento che potremo dare alle nostre malate, giacchè vi sarà tanto più ragione di sperare o che il tumore sia una di quelle cisti dei corpi di Wolff, le quali non oltrepassano mai certe dimensioni comparativamente piccole, o che probabilmente sia una pura idrope della tuba fallopiana, la quale sebbene non limitata nel volume che può prendere, non ha in sè alcun che del carattere grave che appartiene all'idrope ovarica. Perfino nei casi in cui nè l'una nè l'altra di queste ipotesi è esatta, doversi ricordare che una cisti ovarica piccola è più probabile che rimanga stazionaria che quando ha raggiunto maggior volume. Il puro volume del tumore però, purchè non disturbi colla sua mole la salute generale, non può essere preso come indicazione per agire. La vecchia massima « *quieta non movere* » è altrettanto applicabile in medicina come in politica: o vi ricorderete il caso che vi menzionai (*) in cui un tumore molto più grosso del capo di un adulto rimase molti anni stazionario e quando aumentò lungo tempo passò prima che diventasse necessaria la paracentesi.

Pure quando si dice di lasciar a sè tali tumori non desidero che si implichi che non debbano prendersi alcune precauzioni o che nulla possa farsi per ritardarne il loro progresso. Queste precauzioni sono però relativamente poche e abbastanza semplici. Ponno riassumersi nel procurare di mantenere la salute in genere, e prevenire la congestione dei visceri pelvici. La prima indicazione penso che comprenda l'astenersi da certi metodi come le cure mercuriali, iodiche, di ioduro di potassio o di liquor di potassa: agenti della cui azione ritardante lo sviluppo delle cisti ovariche non si ha prova alcuna, mentre della loro influenza deleteria sulla costituzione, e continuati a lungo, vi sono le maggiori prove. Per soddisfare al secondo intento noi dobbiamo dissuadere di certo una persona afflitta da questa malattia da entrare in impegni di matrimonio; sebbene tra questo e il non adempimento di un'impegno già preso, o la separazione di letto di suo marito per una donna maritata vi sia una gran differenza, ed entrino in quistione considerazioni morali che controbilanciano più che puri precetti medici. Oltre a ciò, è assai dubbio, io credo, se nell'influenza misteriosa del morale sul fisico, l'affetto deluso o l'allontanamento della moglie dal marito non agiscano anche sul sistema sessuale istesso più dannosamente, che non le cause fi-

(*) Lezione XXVI, pag. 473.

siche cui solo ponno controllare le nostre restrizioni. Però il rapporto sessuale deve essere moderato, e siccome l'influenza della gravidanza o del parto è spesso, sebbene non sempre, sfavorevole, producendo molte volte irritazioni dello cisti, aumento più rapido di essa infiammazione della sua superficie peritoneale, e formazione di aderenze, od infiammazione del suo interno, e conseguente versamento di pus, è da desiderarsi che il coito non si effettui a quelle epoche appena prima o dopo un periodo mestruo, quando è più facile che avvenga il concepimento.

Bisogna sorvegliare attentamente la condizione intestinale, e bisogna usare ogni attenzione per assicurare l'esercizio perfettamente regolare della funzione mestrua. Se il periodo mestruo è accompagnato da disturbo febbrile o da aumento di dolore nel tumore, la malata dovrà tenersi rigorosamente a letto, e si applicheranno 4 a 6 mignatte al punto dolente, o si ripeteranno ogni secondo o terzo giorno finchè dura il dolore, continuando costantemente negli intervalli con cataplasmi caldi e fomenti con spongipilina. Appena che il tumore si sia innalzato completamente nell'addome, devesi far portare un bendaggio ben adatto, in parte pel benessere che arreca di spesso, in parte perchè una cisti si riempie meno rapidamente quando vi si pratica una compressione moderata di quando non si usa di contropressione per opporsi all'accumularsi del liquido.

So esser stato asserito che l'azione delle medicine su questa malattia è molto più attiva di quello che io vi ho indicato. Tanta è pure l'influenza di un nome nel determinare la condotta di molti di noi, che quasi tutti i rimedii di nota efficacia nell'ascite si ritengono benefici ancora nell'idrope ovarica. Non v'ha dubbio però che sotto l'azione di tali rimedii si verificò un'apprezzabile diminuzione di volume del ventre, diminuzione però che io credo doversi all'assorbimento di liquido, che in molti casi di tumore addominale si versa entro il cavo peritoneale e non per alcuna modificazione dei contenuti della cisti (117).

Si disse che alcuni tumori ovarici ponno, ed altri devono lasciarsi a sè. Questi ultimi sono tutti quei casi, per lo più di sviluppo piuttosto rapido, la cui superficie irregolare nodosa e la cui massa so-

(117) Considerato l'interno della cisti come organo secutore munito di epitelio fisiologicamente funzionante come qualunque altro normale del corpo, cade per sè la possibilità di agire su di esso con medicine interne, introdotte nei soliti atrij nel torrente circolatorio. Voler distruggere l'epitelio cistico coll'azione dell'iodio o del mercurio, è quanto voler distruggere l'epitelio degli apparati ghiandolari naturali nell'intento di farne cessare la funzione secretoria. Ogni tentativo di cura in tal senso non può che riuscire inefficace per l'entità morbosa, dannosa per la costituzione generale della paziente che abbisogna invece di riparazione continua.

DE-CRISTOFORIS.

lida non fluttuante suggerisce l'idea che essi non siano pure cisti composte, ma produzioni di carattere maligno. Nel maggior numero di questi casi, inoltre, troviamo nella storia della paziente altri argomenti ancor più stringenti delle particolarità anatomiche del tumore per schivare ogni intervento. Tali sono i fatti che la salute generale venne meno simultaneamente collo sviluppo del tumore, e che la perdita di forze e di tessuti si mostrò fin dai primordii del male, e non comparvero per la prima volta quando le diverse funzioni del corpo furono disordinate pel suo volume, o quando poteva suporsi che la nutrizione era scemata per la sottrazione al sistema generale a favore dello sviluppo della massa del tumore. Sfortunatamente i casi che più sembrano richieder sussidio sono quelli in cui è meno possibile portarvene, mentre precisamente in quelli che ponno più sicuramente abbandonarsi a sè l'intervento ha le migliori probabilità di riuscita.

Però fra queste due classi ve ne ha una terza in cui si richiede un sollievo istantaneo, ed è in nostro potere di arrecare. Appunto in questi casi ci facciamo la domanda dei rischi e dei meriti relativi dei diversi metodi, se sia più pericoloso di cercare il toglier il male od il palliarlo temporariamente colla quasi assoluta certezza che ritornerà di nuovo più volte, e che ogni volta diminuirà la nostra facoltà di palliarlo. Nè la quistione si limita tutt'affatto a questi casi. L'incertezza della salute e della vita anche nei casi in cui il male sembra stazionario, suggerisce l'importanza di scoprire qualche processo che non produca un rischio maggiore di quello che consciamente possiamo consigliare alla nostra paziente di incontrare con una ragionevole prospettiva di ottenere un sì gran bene, e di sbarazzarsi da un pericolo sempre minaccioso, come la spada di Damocle che stava appesa sul convitato al banchetto.

Numerose infatti sono le soluzioni che furono proposte a queste domande. È dovere nostro di attentamente esaminare il merito loro e porre a scrutinio i diversi metodi chirurgici che furono raccomandati per mitigare e guarire l'idrope ovarica.

Il primo di questi processi che dobbiamo notare, il più semplice, il meno arrischiato e allo stesso tempo il più generalmente applicabile è l'operazione della *paracentesi*. Però comunque semplice, l'opinione è molto divisa riguardo alle circostanze che ne autorizzano l'impiego, giacchè mentre alcuni pratici la riguardano come troppo pericolosa per essere giustificata all'infuori dell'assoluta necessità, altri la considerano come di poco rischio, ed un palliativo tanto più da valutarsi giacchè talvolta susseguito da una cura perfetta.

Abbiamo quindi due quistioni. La prima riguarda le circostanze che per unanime consenso giustificano l'impiego della paracentesi come palliativo nei casi di idrope ovarica. La seconda si riferisce al *quantum* di pericolo dell'operazione od alla conseguente opportunità o meno di ricorrervi se non attualmente forzati dall'urgenza dei sintomi della paziente.

L'operazione è assolutamente indicata in tutti i casi in cui la mole del tumore è sì grande da scricchiolante disturbare la salute della paziente, o arrecarle gravi sofferenze, e questo qualunque sia la supposta natura del tumore. Più i contenuti del tumore sono liquidi e maggiore sarà il sollievo ottenuto dall'operazione; ma, anche quando il suo gran volume fosse solido, pure la diminuzione ottenuta col farne fluire anche qualche centinaio di grammi di liquido può apportare un considerevole sollievo temporario alla paziente, e giustificherà pienamente il tentativo.

Lo stato di cose, che domanda così imperativamente l'intervento, varia molto nelle diverse pazienti, ed è lungi dall'aver rapporto sia colla durata della malattia sia con un dato volume dell'addome. Un tumore che cresce lentamente raggiungerà spesso un gran volume prima di cagionare disturbi seri, ed un tumore i cui contenuti sono interamente fluidi produce meno incomodi di uno anche di più piccola mole, nella cui composizione le materie solide entrino in gran proporzione. La ragione sta probabilmente in ciò, che i tumori solidi comprimono di frequente i vasi addominali, difficoltàandone la circolazione, producendo effusione entro il cavo peritoneale e disturbando la funzione reale. L'ortopnea, l'abituale brevità di respiro anche quando non si fa sforzo, la perdita completa dell'appetito o la nausea dovuta in parte allo stomaco che è meccanicamente incapace di contenere i cibi, dolore riferibile al fegato, e stipsi ostinata, con frequenti dolori colici indipendenti dall'azione delle intestina, una assai scarsa secrezione di urina, un polso assai debole filiforme, forse con irregolarità dell'azione del cuore, tali sono i sintomi, i quali, quando cominciano ad aver luogo, indicano l'immediata necessità della paracentesi. La pura difficoltà alla locomozione o le molestie per la tensione degli integumenti addominali, sebbene forse assai penose a sopportarsi, non ponno riguardarsi come indicazioni assolute per l'operazione; e il tempo non di rado apitua una persona ad uno stato di cose che a tutta prima sembrava affatto insopportabile. Anche la circostanza che il tumore è in continua via di aumento non può essere presa come richiedente necessariamente l'operazione, giacchè le cisti ovariche, sebbene grosse, talora si arrestano, ed il non decidersi per un intervento quando può ancora essere qualche tempo dilazionato è un rispondere dietro il nostro modo di vedere al secondo quesito circa il rischio che accompagna la semplice paracentesi.

Nei casi fin qui riferiti i pericoli dell'operazione non entrano quale elemento nelle nostre considerazioni, ma la puntura prende il suo posto nella stessa categoria delle varie altre operazioni di necessità, come un'amputazione eseguita in conseguenza di lesioni, le quali, comunque serio possa essere il rischio che le accompagna, sono pure le più legittime perchè sono le sole risorse a nostra disposizione.

Non è però ragionevole di aspettarsi che un'operazione eseguita

in questa circostanza debba essere scevra di pericolo, e questo pericolo deriva da due origini. Per quanto grande sia spesse volte il sollievo per la paziente, una certa scossa segue l'evacuazione di una grau quantità di liquido, e pazienti già prima molto esauste soccombono entro due o tre giorni dopo la paracentesi. Ad onta dell'avviso dato alla paziente che la puntura a questo modo probabilmente accorcerà i suoi giorni, non di rado si sceglie di sottoporsi ad un processo che arroca almondo sollievo presente; nè credei mai di mancare al mio dovere se, quando l'arte nostra era quasi impotente, cercai di ottenere l'ultimo bene che le nostre pazienti ci domandano — un'entanasia. L'altro pericolo è l'infiammazione delle pareti della cisti terminante nell'effusione di linfa o pus nel suo interno, e non di rado associata a peritonite, che spesso riesce fatale in duo o tre giorni. Quest'ultimo accidente inoltre sembra essere più frequente dopo le prime punture che in quei casi in cui si esegui di spesso l'operazione; mentre la morte per puro collasso, come era da supporre, è più facile ad accadere quando si ricorre spesso alla puntura. Oltre questi due rischi, che naturalmente condussero i pratici ad evitare quest'operazione, si fece un'altra obbiezione sull'osservazione dell'aumentata rapidità con cui ogni volta dopo di essa il fluido si raccoglie di nuovo nella cisti. Espressa in vari modi l'opinione è quasi unanime che la puntura non è che il principio della fine, e le pazienti sono comunemente avvisate, perfino ad onta di grandi incomodi e disturbi, di tollerare il male presente e non procacciare prematuramente un breve riposo alle loro sofferenze a prezzo così grave (118).

Il risultato dell'impressione generale circa il pericolo della puntura fu non solo di prostrarne l'esecuzione in tutti i casi ad un periodo più possibilmente tardo, ma anche di condurre a tentativi di invenzione di altri processi, i quali, se in sè non sono meno azzardosi, danno almeno probabilità maggiori, ed offrono qualche ammenda pei pericoli che tutti devono incorrere e per cui molte, forse il

(118) Dissi già in una nota mia antecedente (num. 108) come per doppia ragione il liquido cistico, dopo la puntura, si rinnovi più prontamente, e cioè non solo per essudazione attiva ma anche per trasudazione venosa passiva. Qui aggiungo come sia obbligo nostro il ricordarsi che quel liquido dato dalla cisti sia di natura albuminosa, e che per conseguenza una sottrazione grande di tale elemento all'organismo non possa che condurre all'atrofia generale. Ciò che in fatto si verifica, sia col prosciugamento lento del corpo, dando alla paziente quell'aspetto che si chiama *facies ovarica*, sia con un depauperamento sanguigno (idremia) di cui sono ultimi effetti l'anemia cerebrale, la paralisi cardiaca e la morte: conseguenze le quali o nascono spontaneo e gradatamente quando è ingente il raccolto albuminoso della cisti, o rapidamente e per opera nostra quando colle ripetute sottrazioni imponiamo a scapito dell'organismo intero una pronta e rinnovata rifusione del liquido cistico.

DE-CRISTOFORIS.

maggior numero, bisogna che soccombano. Tali tentativi non sono che l'espressione di un sentimento profondamente radicato in noi tutti, ed io non vedo nulla da riprovare sia nel chirurgo che consiglia, sia nella paziente che va incontro a qualche grave rischio presente, quando però da una parte sta l'aspettativa di una salute perfetta, la morte dall'altra sì, ma pure una morte che non fa che anticipare di pochi mesi l'esito certo della sua attuale esistenza angosciata.

Per giudicare tutt'affatto equamente però tale questione non dobbiamo caricare di troppo nè l'uno nè l'altro lato del quadro; e ciò che ora ci interessa di determinare è, se i colori con cui furono delineati i risultati della puntura siano fedeli, ovvero se non siano di molto più vivi di quanto i fatti lo autorizzino interamente.

I principali, anzi quasi i soli dati numerici che noi possediamo sull'argomento sono tolti da una tabella di 20 casi compilata da Southam (*), di 46 raccolti dal fu S. Lee (**) e di 64 i cui risultati sono forniti dal professore Kiwisch (***).

Di questi 130 casi, 22 terminarono fatalmente entro poche ore o giorni dopo la puntura, e 25 altri nei sei mesi successivi: in altri termini 34,7 per cento dei casi finiscono colla morte della paziente nel periodo di 6 mesi dopo l'eseguimento della paracentesi. In 114 su 130 è detto che ebbe luogo la morte.

In 22 entro poche ore o in meno che 10 giorni dopo la puntura.

" 25 " sei mesi

" 22 " un anno

" 21 " due anni

" 11 " tre anni

" 13 " dopo un periodo eccedente tre anni, e talora ammontante a parecchi anni.

114

Per 109 di questi casi sappiamo anche quante volte le pazienti furono punte.

Sembra che 46 morirono dopo la prima puntura

" 10 " " seconda "

" 25 " da tre a sei punture

" 15 " " sette a dodici "

" 13 " dopo più di dodici "

109

La maggiore mortalità assoluta della prima paracentesi naturalmente non rappresenta un eguale somma di maggiore pericolo re-

(*) *Med. Gazette*, vol. XXXIII, pag. 237, Nov. 24, 1843.

(**) *Op. cit.* pag. 178.

(***) *Op. cit.* vol. II, pag. 115.

lativo. Pure quando si vede che solo 49 del totale di 130 sono casi di prima esecuzione di paracentesi, ed inoltre che tutte le 22 pazienti che morirono entro un periodo di 10 giorni dall'operazione l'avevano subita per la prima volta, noi siamo, io penso, costretti ad ammettere che la prima paracentesi è accompagnata da pericoli, che sono molto minori nella ripetizione di essa. Di 38 mie malate che subirono l'operazione della paracentesi addominale per idrope ovarica, due morirono di infiammazione della cisti dopo pochi giorni della sua prima esecuzione; una soccombette esausta 36 ore dopo la seconda puntura, e una quarta morì di esaurimento il 6.^o giorno dopo la 10.^a puntura. Le altre tutte sopravvissero all'operazione, che in un caso non fu ripetuta a motivo di una gran quantità di materia solida che entrava nella composizione del tumore e dei gravi sintomi che avevano conseguito alla sua prima esecuzione. In una paziente il liquido non si raccolse mai più, e quando la vidi l'ultima volta dopo il lasso dei tre anni, durante il qual tempo aveva partorito il suo quinto figlio, ogni traccia del tumore era scomparsa, e la guarigione poteva considerarsi completa. In una seconda la cisti cessandosi riempita di nuovo scomparve spontaneamente, e per quanto so la paziente continua libera da malattia. Tre morirono consecutivamente a tentativi per l'estirpazione della cisti, quattro soccombettero al progresso della malattia, durante la quale si ebbe ricorso alla puntura più d'una volta, una morì di apoplezia, e le restanti pazienti erano ancor viventi quando ultimamente ebbi loro notizie, la paracentesi in molte essendo stata ripetuta parecchie volte consecutivamente, ed essendosi in otto ricorso all'iniezione iodica con risultati a cui riguardo dirò più sotto.

Sfavorevoli però come sono le conclusioni a cui siamo irresistibilmente condotti da fatti come quelli che abbiamo ora ricordati riguardo al finale risultato della puntura, è però assai questionabile se essi rappresentino tutta la verità su questo argomento. Alcuni dei dati su cui furono fatte le tabelle non furono originariamente raccolti allo scopo di illustrare l'operazione della paracentesi, mentre la maggior parte degli altri sono dedotti da osservazioni raccolte negli ospitali, e devono di conseguenza dare, per ragioni a tutti evidenti, una media assai elevata di risultati infelici. I casi che cercano ingresso a questi istituti sono quasi sempre i più disperati, in generale i più inoltrati, non di rado quelli di persone che cercarono un luogo in cui loro arrivi la morte con minori sofferenze che se l'aspettassero a casa propria. Tali pazienti, se provano mitigazione, lasciano l'ospitale e si perdono spesso di vista, cosicchè mentre si conoscono gli insuccessi, sono spesso non reperibili i casi in cui la vita fu prolungata o resa comparativamente buona (119). La valutazione

(119) Se le ragioni qui addotte dall'Autore sono buone per un lato, egli non è dimenticarsi che altre ragioni in diverso senso possono essere enesse.

del pericolo di questa operazione sembra quasi che cresca o diminuisca in proporzione che l'esperienza deriva dalla pratica d'Ospitale e da osservazioni private; circostanza che pare dimostri i rischi dell'operazione dipendere tanto dalle condizioni che circondano la paziente come da quelle qualsiasi inerenti al processo istesso (*).

È di più una questione aperta a dibattito, se il periodo a cui in generale fu eseguita l'operazione non contribuì di molto al suo esito fatale? L'indugio di spesso prolungato fino a che le diverse funzioni sono seriamente disordinate, e fino a che le sofferenze della paziente per pura causa meccanica sono diventate d'urgenza, può in complesso essere conveniente; ma non si può dubitare che devono diminuire le probabilità di cura quando alla fine si ricorre all'operazione. Inoltre i risultati favorevoli che si dice abbian tenuto dietro alla precoce operazione della paracentesi in alcuni di questi casi in cui vi si associò una fasciatura stretta, rendono probabile (facendo il debito calcolo dell'esagerazione da cui sono viziate molte delle relazioni pubblicate di casi in cui si ricorse a questo metodo) che il puro atto di pungere in certi casi scelti di idrope ovarica non sia accompagnato da molto pericolo.

Tutto questo argomento ha bisogno di più accurata investigazione di quella che ebbe fin qui; ma in difetto di questo io azzarderò la mia opinione, e lo faccio come pura opinione, cui ulteriore esperienza può modificare o cangiare completamente. La mia credenza attuale però si è che i pericoli della paracentesi furono in complesso esagerati, ed inoltre che, mentre nei casi in cui la quantità di materia solida nel tumore è ragguardevole, il precetto che prescrive la dilatazione

(*) Nell'*American Journal of Medical Sciences* (vol. XIX, Nuova serie, aprile 1850 pag. 334) vi sono alcune osservazioni sulla mortalità che accompagna la puntura del dott. W. Atlee, dimostranti che, anche provata da prove tali come quelle addotte da S. Lee, la tendenza dell'operazione in complesso è di prolungare la vita, non d'accorciarla. Anche Velpeau in una discussione all'Accademia di Medicina (*Journal Hebdomadaire* Nov. 28, 1850) si oppone all'esattezza dell'opinione generalmente accettata dalla gran mortalità derivante dalla puntura semplice. Egli concede che in un anno perdette 4 pazienti dopo la puntura; ma furono, se non eccezionali, di grosse cisti composte, che non fu possibile di vuotare che assai parzialmente. Fuori di queste eccezioni egli eseguì l'operazione 312 volte su circa 98 pazienti senza serio risultato sia immediato che rimoto, mentre molte delle pazienti (espressione sfortunatamente vaga, che deve sottrarre al valore delle sue dichiarazioni) sopravvissero alla sua prima esecuzione 10, 15 e 20 anni.

La diagnosi del cistovario, diventato da poco tempo argomento di studio, è conquista di non molto tempo e ancora di non molti medici: chi sa dunque per lo passato quanti cistovarj furono e sono creduti per ascite e come tali sono sottoposti a punture con esito infelice senza che la storia le abbia registrate e le registri anche oggi. E tanto più facilmente tali errori di diagnosi e di risultato statistico accadono negli ospitali dove il medico è talora giustificato se, pel numero grande di malati e per la scarsezza di tempo, trascura l'esattezza del diagnostico in argomento d'altronde di rara evenienza.

DE-CRISTOFORIS.

dell'operazione al più tardi possibile è buono, sarà forse più conveniente nel caso di semplice cisti ovarica il pungere precocemente prima che il tumore abbia acquistato un grosso volume, e prima che le forze generali della paziente abbiano gravemente sofferto. Il pungere di buon'ora inoltre sarà probabilmente praticato più di frequente qualora l'esperienza confermasse la sicurezza dell'iniezione iodica entro la cavità della cisti (120).

L'operazione della puntura come la si praticava generalmente fino a pochi anni fa, sia per ascite sia per idrope ovarica, si riteneva un processo assai formidabile. La paziente assisa sul bordo del letto era tenuta in tal posizione da due assistenti, mentre si poneva una fascia attorno al di lei ventre la quale veniva stretta a misura che il liquido scivola, e veniva aggiustata e assicurata prima che fosse rimessa a letto. Malgrado queste precauzioni però un deliquio assai angoscioso era spesso prodotto dall'operazione e la vera sineope non era rara. Si usava invero in qualche caso eccezionale, come per esempio quando la paziente era assai debole, di pungere nella posizione coricata; ma per quanto mi sappia il dottor Simpson (*) fu il primo che raccomandò pubblicamente l'esecuzione generale dell'operazione in questa posizione, che è ora generalmente adottata da tutti i chirurghi.

La scelta di questa attitudine serve tutto l'affaccendamento e i preparativi che sono indispensabili per pungere la paziente nella posizione seduta, e che danno l'idea di qualche terribile operazione che si sta per fare. Non fa bisogno d'altro che portar la paziente a bordo del letto in modo da far sporgere alquanto il suo ventre oltre tal bordo. Devesi allora svuotare la vescica col catetere (precauzione alla quale gli sforzi volontari della malata sono ripiego assai imperfetto) ed essendosi accertati assolutamente che la fluttuazione è palese, e che non si trova gran spessore solido al luogo scelto per la puntura, si può dividere per mezzo centimetro la cute colla lancetta e introdurre il trocar. È accaduto in qualche caso raro che venisse ferito col trocar un grosso tronco venoso ramificante sulla

(*) *Edin. med. Journal*. Ott. 1852; e *Gynaecol. Works*, vol. I, pag. 539.

(120) Il mio consiglio in tale proposito è di pungere sempre il ventre nella linea alba, alla distanza di 7 ad 8 centimetri dal margine superiore dell'osso pube: lo tengo tale norma tanto nel caso di cistovario che in quello di ascite, perchè così facendo (una volta premesso l'artificiale svuotamento della vescica) si evita di certo la ferita dell'arteria ipogastrica, si incontra uno spessore minore di parete a trapassare, e si ledono tessuti meno sensibili di quello che facendo la puntura lateralmente dove esistono muscoli. E poi preferibile in tal caso il far sedere la paziente su di una seggiola a braccioli od anche su di una sedia comune, mettendo davanti a e fra i suoi piedi il recipiente per raccogliere il liquido.

superficie della cisti e che l'emorragia avesse un risultato fatale (*). Però un simile accidente non può schivarsi per qualsiasi preveggenza, mentre il rischio di ferire l'arteria ipogastrica si evita quasi di certo scegliendo la linea alba, invece della linea semilunare per luogo della puntura (121). Se vi fosse palesemente molto spessore di materiale solido in quella situazione, sarebbe senza dubbio nostro dovere di pungere sulla linea semilunare o in qualche altra parte dove sembrasse che vi fosse minor spessore di sostanza intermedia. Però è altrettanto facile vuotare una cisti da una puntura fatta tanto in quella situazione come in questa, quando la paziente s'inclini un po' più verso la faccia, e la sua maggior sicurezza la rende perciò generalmente preferibile. Mi pare inconveniente ogni compressione dell'addome onde sbarazzarlo dal liquido più completamente possibile; ed io credo di aver visto l'infiammazione della cisti provocata da tali manipolazioni quando sono fatte un po' rozzaamente. L'applicazione di una fascia di flanella in seguito, sebbene non sempre necessaria, è di solito un conforto alla malata, e nei casi in cui qualche buona porzione del tumore è solida, se ne può appena far senza, giacchè

(*) Un caso raro di emorragia fatale per la ferita di un vaso dell'omento che aderiva ad una grossa cisti ovarica è riportato da Scanzoni, *op. cit.* pag. 456.

Un' obiezione s'è fatta al metodo di puntura centrale, e cioè il predisporre, colla lesione fatta, i tessuti della linea alba ad uno sfiancamento e quindi alla consecutiva formazione di un'ernia. Ma oltretutto è a porsi in dubbio se l'ernia sia stata conseguenza diretta della puntura o di una condizione preesistente di lussatezza e sfiancamento della linea alba, è poi certo che, tenendo per valida la prima causa, il suo effetto avverrà assai lentamente ed in un lasso di tempo abbastanza lungo; per guisa che, calcolata la vita breve che rimane a trascorrere a quelle infelici le quali per cistovario o per ascite peritoneale vengono operate di paracentesi addominale, la scelta della linea alba potrà ben difficilmente essere incolpata d'aver agginuto un nuovo male, d'aver provocata un'ernia. Del resto una ventriera od un bendaggio qualunque contentivo preverranno in ogni caso l'accidente in discorso, ch'io d'altronde non ebbi mai a lamentare per quante paracentesi abbia praticate con tale metodo.

DE-CRISTOFORIS.

(121) È questione, secondo me, tutta di apprezzamento individuale, che s'appoggia ad una cerchia di fatti o propri od assistiti, che s'appoggia a concetti di patologia chirurgica e medicina formanti una convinzione per chi più, per chi meno assoluta.

Egli è dietro questa premessa che qui esprimo ancor io il mio pensiero in confronto a quello dell'Autore e di altri distinti pratici, dichiarando essermi fatta quasi una legge di non intraprendere nè tentare la semplice puntura a scopo curativo, di ricorberla sempre ai momenti d'urgenza in cui sono minacciate per compressione le funzioni respiratorie, circolatorie e digestive, e quello infine di limitare l'estrazione del liquido a quella quantità ch'è necessaria unicamente per ripristinare le impedito funzioni di cui sopra e per le ragioni che risulteranno in un'altra nota appresso.

DE-CRISTOFORIS.

se non è sostenuta da pressione esterna, la massa è facile che cada dall'uno all'altro lato ad ogni movimento del corpo in modo da produrre molta molestia.

Ho sempre usato tener a letto la mia malata durante il giorno prima di pungerla e per tre o quattro giorni dopo, e scegliere per l'operazione un'epoca assai distante dal periodo mestruo. Queste precauzioni invero ponno non essere sempre necessarie in ogni caso, ma io le credo sempre convenienti malgrado le storie simili a quella d'una paziente che usava ogni tre settimane venire coll'omnibus da una distanza di circa 5 a 6 miglia a Parigi, o dopo essere stata operata ritornare immediatamente collo stesso mezzo. In ogni caso di prima puntura, dove non abbiamo criterii che ci guidino circa l'esito probabile dell'operazione, è difficile errare per troppa precauzione.

I pericoli che accompagnano l'operazione della puntura sono dúplici, quello di esaurimento da un lato e quello di infiammazione della cisti dall'altro. L'antecedente stato di salute della paziente ha molto a fare, come era da aspettarsi, col primo accidente, ma nulla sembra garantire dall'ultimo. Accade talora che l'infiammazione della cisti fa il suo corso appena con qualche sintomo fuorchè quelli di sfinitimento, o piuttosto io penso che in malate previamente molto debilitate sia facile avvenga uno stato di malattia del sangue e la morte avvenga per piemia, di cui l'infiammazione delle cisti è la conseguenza, non la causa. In altri casi però il soccombere della paziente è indipendente da ogni recente processo morboso, ma la leggier scossa dell'operazione basta a sconcertare la debole macchina, ed arrestarla. È bene ricordarsi di questo rischio in tutti i casi in cui la paziente è assai debole, o sconsigliare la paracentesi a meno che sia urgentemente richiesta dalla difficoltà della respirazione, o dall'impossibilità di trattenere il cibo nello stomaco in causa della distensione meccanica e semplice dell'addome. La precauzione di lasciar sortire il liquido assai lentamente, di abbassare la testa e le spalle a misura che fluisce, o di svotare solo in parte la cisti, sono i mezzi con cui si garantisce meglio il pericolo dello sfinitimento, mentre finita l'operazione un'attenta sorveglianza e una giudiziosa condotta sono più necessarie che non una cura medica nel senso stretto (122).

(122) Trattandosi di usare la paracentesi come semplice palliativo delle sofferenze e dei disordini funzionali meccanicamente indotti dall'ingente volume del tumore ovarico, egli è *precetto assoluto di svotare solo in parte il liquido*; e ciò per triplice ragione: 1.^o perchè così facendo si evita il deliquio il quale è effetto del rapido affluire del sangue nelle parti del circolo prima vuote per la compressione fatta dal tumore, ed è quindi sinonimo di repentino dedurre del sangue dal centro circolatorio e dall'albero vascolare cerebrale; nè di rado si vide tale repentino squilibrio del circolo portare

L' infiammazione della cisti è un accidente ancor più serio, e tanto più perchè succede quando meno lo si aspetta, sebbene di certo sia molto probabile che invada semplici cisti sierose di quello che tumori di carattere più composto, o tumori specialmente partecipanti della natura del carcinoma alveolare. I suoi sintomi sono di raro ben marcati da principio, e il dolore che si associa è niente proporzionato al pericolo di tale attacco. La dolentatura alla pressione sul tumore è infatti sempre evidente, e talora quando l' infiammazione si è estesa al peritoneo v'è parimenti forte dolore indipendente da compressione; epperò un polso accelerato, uno stato febbrile generale però non precoduto da brividi, e nausea sono i segni che devono subito eccitare la nostra apprensione. Invero di tutti i sintomi, il vomito e l'irritabilità dello stomaco che rigetta ogni medicina, ogni cibo, ogni bevanda, sebbene la sete sia di solito considerevole, sono della maggiore importanza, giacchè sono quasi patognomonici di questa affezione. Di rado invade entro le prime 36 ore, spesso non prima del terzo giorno dalla puntura; mentre la misura del suo progresso nei casi fatali è variabile; accadendo talora la morte in tre giorni dal suo principio, in altri casi non prima di una settimana. Sia decisa rapida o lenta nel suo decorso, i sintomi di carattere acuto non sono mai ben marcati a nessun periodo: di rado il polso è molto forte, l'intonso dolore spesso compagno della peritonite manca, l'intestino sebbene costipato ubbidisce abbastanza prontamente ai purgativi, e la morte avviene d'ordinario coi sintomi di depressione che accompagnano la piemia.

Quando la si lascia progredire senza porvi riparo per 24 a 36 ore, l'infiammazione della cisti è a mio credere un' affezione quasi disperata, sebbene trattata affatto da principio ed in donne non prima esauste da precedente malattia ovarica ceda abbastanza prontamente alla cura. La deplezione è il gran rimedio a cui mi affido, e la sottrazione locale d'ordinario risponde a tutte le indicazioni, quantunque una volta in cui i sintomi invasero con molta fievolezza, rassomigliando assai più da vicino a quelli di peritonite acuta che di semplice infiammazione della cisti, abbia tolto dal braccio 360 grammi di sangue con gran vantaggio. Peraltro 12 a 18 mignatte applicate

vera paresi cardiaca e morte istantanea: — 2.º perchè lasciando buona parte (due terzi circa) ancora del liquido cistico non si effettua afflusso di sangue e dilatazione esagerata delle vene del tumore (nota 108) dapprima compresse, quindi si evita la seconda e nuova causa di rifusione del liquido, quella cioè per trasudazione passiva sierosa: — 3.º perchè si previene l'entrata dell'aria nella cisti, avvegnachè il getto del liquido non viene interrotto appunto perchè viene artificialmente sospeso quando ancora è attivo e pieno, quando continua la pressione del liquido che rimane dentro alla cisti: evitando così l'entrata dell'aria si previene la putrefazione del liquido e la infiammazione della cisti.

DE-CRISTOPORIS.

sulla parte dolente e seguite da un cataplasma caldo rinnovato spesso, o dalla fomentazione continua col mezzo della spongiopilina (123), spesso tolgono il dolore, abbattano la febbre ed arrestano la malattia. Finchè il sintomo per ultimo nominato continua, nessuna gradazione di miglioramento sotto altri riguardi può considerarsi come soddisfacente: e sia che l'addolentatura sembri o no richiederlo, io ripeto la deplezione se la nausea non è cessata, o almeno non è di molto scemata. Una sola dose forte di ealomelano, di 60 centigrammi dati in polvere, toglie talvolta l'irritabilità dello stomaco, e ottiene la funzione dell'intestino col minor disturbo generale. Però meno si stanca lo stomaco irritabile con medicine, e tanto meglio è; l'acqua gelata in piccole dosi, o piccoli pezzi di ghiaccio dati a succhiare alla paziente sono di gran lunga i mezzi migliori per mitigare la nausea e spegnere la sete. Quando i sintomi più seri vanno dissipandosi, pochi cucchiari di buon brodo freddo di manzo o di pollo si troveranno essere il cibo più confacevole e dallo stomaco meglio tollerato.

Vedere la malata di buon ora, vegliarla attentamente, in modo da essere pronti a ripetere opportunamente la deplezione se i sintomi non cedono al primo suo uso, tali sono i mezzi essenziali per salvare la paziente da questa malattia, nella cura della quale non si ha tempo per un trattamento elaborato, nè si ha alcuna probabilità di riguadagnare le occasioni perdute (124).

(123) Fra le varie specie di cataplasma v'ha questo, d'invenzione inglese, che chiamasi *spongiopilina impermeabile*. È una specie di cuscinetto piatto di spugna, avente una superficie scoperta permeabile, l'altra impermeabile, coperta da uno strato aderente di gomma elastica o di tela cerata americana. Si fa assorbire da questo cuscinetto acqua calda o qualunque liquido contenente in soluzione il medicamento che si vuole impiegare sotto forma cataplasmatica e cui la superficie impermeabile impedisce di essiccare od evaporare rapidamente.

DE-CRISTOFONIS.

(124) Tre altri pericoli sono compagni non rari della puntura della cisti, l'emorragia, la putrefazione del liquido per entrata d'aria e il pneumocisti spontaneo.

La prima, l'emorragia, ha luogo preferibilmente nei cistoma o nei cistosarcoma, le cui pareti sono ricche di vasi che accidentalmente possono cadere lungo il tragitto percorso dal trocar, esser feriti e versare sangue nell'interno della cisti. Da tale accidente due conseguenze possono nascere, e cioè: 1.º emorragia endocistica letale, in specie se fu votata interamente la cisti: giacchè in tal caso vuolsi una raccolta grande ed una perdita ingente di sangue prima che la cisti di nuovo si distenda ed il vaso ferito sia nuovamente compresso: 2.º miscela di sangue al liquido cistico rimasto, e quindi condizione molto favorevole alla sua putrefazione ed icorizzazione.

Il secondo accidente è la putrefazione del liquido, la quale accade quando per scontinuità del getto (specialmente se si volle evacuata per intero la cisti) si è lasciata entrare aria atmosferica nella cisti a contatto del poco

liquido rimasto. I sintomi di piemia ne sono conseguenza, in breve tempo fatale.

Il terzo, la pneumatosi spontanea, lo spontaneo sviluppo di gas nella cisti ovarica (pneumocistovario, pneumocistooforo, pneumooforocisti) per spontanea icorizzazione del liquido, specialmente se di natura emorragica. Il fenomeno patologico delle pneumatosi spontanee fu dal professore Arnaldo Cantani studiato con tanta accuratezza ed acume di ingegno, perciò che ha riguardo alla storia, alla patogenesi ed ai caratteri fisici generali e speciali, che ben a ragione ha destato il massimo interesse dei clinici e dei pratici. Lo specialista ginecologo vi trova il suo speciale interesse nel capitolo del pn-pneumocistovario di cui il Cantani dà una storia diligentissima ed istruttiva assai, che merita esser letta nel suo lavoro tedesco *Über Pneumocysten des Unterleibs* (Prager Vierteljahrsschrift 1865, vol. I.) ed in quello italiano *Sulle Pneumatosi spontanee*, ecc. (Napoli, Stabilimento Tipografico Ghio, 1866).

Indipendente dall'entrata dell'aria atmosferica, la raccolta d'aria nella cisti si fa per sviluppo di gas dal liquido cistico decomponentesi, incomincia alcuni giorni dopo la praticata evacuazione parziale della cisti, distendendo in modo crescente la cisti, le dà un volume in breve tempo superiore a quello che aveva quando era piena di liquido, produce rapidi e intensi effetti meccanici di compressione viscerale, di innalzamento del diaframma, di spostamento cardiaco e compressione polmonare, e si rivela coi sintomi compagni a tutte le raccolte semplicemente gaseose (timpanismo esteso), a quelle miste di gas e liquido (il chiocciare del liquido sotto i maneggi, quale evidente segno che porzione dello spazio è occupata da aria) ed a quelle semplicemente di liquido (ottusità nelle parti più declivi). La morte avviene o per anemia mancando la sufficiente area respiratoria, o per icoremia dietro assorbimento del liquido decomposto, o per esaurimento progrediente, la nutrizione non essendo più possibile atteso che l'intestino e lo stomaco più non si prestano colle loro rispettive funzioni.

Il gas, che si sviluppa in tali circostanze, risulta costituito prevalentemente di azoto, e contiene una discreta quantità di gas acido carbonico e poca di gas solfidrico.

I sussidii che da questo accidente sono richiesti si limitano all'evacuazione artificiale del gas ed agli eccitanti in genere, il primo come mezzo semplicemente palliativo, i secondi come sintomatici. DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE XXIX

TUMORI ED IDROPE OVARICA

Continuazione della cura. — Mezzi proposti per la cura radicale dell'idrope ovarica. — Paracentesi e compressione. — Puntura sottocutanea della cisti — Puntura della vagina. — Puntura seguita da qualche mezzo per tenere la ferita permanentemente aperta; incisione ed escisione parziale delle cisti. — Puntura con iniezione iodica; valutazione de' suoi vantaggi e pericoli. — Enumerazione di alcuni punti che richiedono ulteriori cognizioni.

Sebbene nell'ultima lezione abbia dato alcune ragioni per dubitare se i pericoli inerenti alla puntura dell'idrope ovarica non fossero alquanto esagerati, devesi però concedere che l'operazione assai di rado infatti riesce curativa, che il fluido in generale si raccoglie di nuovo e che alla paziente si arreca solo una tregua, e ordinariamente una breve sospensione.

Da qui derivano varie modificazioni dell'operazione della paracentesi, ciascuna delle quali ebbe per scopo di favorire la contrazione della cisti, e di ritardare, se non di provenire, il riaccumularsi del liquido.

Queste sono:

1.° l'uso di fasciatura stretta dopo l'evacuazione del contenuto della cisti:

2.° la puntura o incisione sottocutanea della cisti allo scopo di lasciar fluire il liquido entro il sacco peritoneale, e imitare in tal modo quanto avviene quando la cisti si rompe spontaneamente:

3.° la puntura della cisti dalla vagina affine di assicurarne il più completo svuotamento, e così accrescere la probabilità della sua permanente contrazione:

4.° mantenere la cisti costantemente vuota o col lasciare un tubo a permanenza nella sua cavità, o col ridurre fistolosa l'apertura:

5.° l'uso di iniezioni medicate nella cavità della cisti, di cui le soluzioni di iodio sembrano essere le meno pericolose, come anche le più frequentemente fortunate.

Ciascuno di questi processi deve essere considerato successivamente.

I. Bendaggio stretto dopo l'evacuazione dei contenuti della cisti.

L'utile probabile d'una fasciatura stretta come mezzo di prevenire il riaccumularsi del liquido di un'idrope ovarica dopo la paracentesi fu consigliato da Beniamino Bell (*), ed il fu dottor Hamilton (**) di Edimburgo usava applicare una fasciatura moderatamente stretta attorno all'addome come un'aggiunta a quel metodo di compressione della cisti, da cui egli credeva di avere in molti casi ottenuti vantaggi assai rimarchevoli. Baker Brown (***) però fu il primo che propose il suo uso metodico, come mezzo di prevenire lo sviluppo delle cisti ovariche o il loro riempirsi di nuovo dopo la puntura. Nello sue memorie originali sull'argomento propose di combinare l'uso abbondante dei mercuriali, dei diuretici attivi al trattamento locale, ma in seguito ne abbandonò l'uso, e si limitò dappoi all'applicazione di una discreta pressione sul tumore. Il suo modo di applicarla è meglio descritto colle sue parole (****).

« Prima di tutto bisogna disporre delle compresse di tela o filaticcio in modo da presentare una superficie convessa, che si addatti il meglio possibile alla concavità della pelvi. Sopra queste compresse devono applicarsi strisce di cerotto adesivo in modo da abbracciare la spina, incontrantisi e incrociantisi sul davanti, e estese dall'articolazione vertebrale dell'ottava costa al sacro. Sopra queste strisce può applicarsi o una larga fascia di flanella, o meglio ancora una fasciatura con occhielli e stringa che si allaccia sul davanti, od un bendaggio ben fatto, che allacciandosi sul davanti, possa essere stretto gradatamente, come lo si fa dietro mio consiglio dall'artefice Spratt (2, Via Brook). Queste fasciature non possono scivolare all'insù in causa di un cinturino che gira attorno a ciascuna coscia. Tanto le compresse che il bendaggio esigono sorveglianza e addattamento di tempo in tempo, nella tema che per pressione non uniforme le intestina o la vescica soffrano inconvenienti. Anche la cresta dell'ileo deve essere garantita con una grossa pelliccia di buffalo o cerotto di esca.

Questo processo si raccomanda come specialmente applicabile a casi di cisti ovariche semplici, libere da aderenze, con contenuto limpido non albuminoso, e quando il tempo e la condizione della paziente permettono di seguitarne l'uso. Questi peraltro sono proprio i casi, in cui v'è la maggior probabilità di guarigione spontanea della

(*) *System of Surgery*, vol. V, pag. 246.

(**) *Practical Observations on Midwifery*, 8.° 2.ª ediz. Edimburgo 1840, pag. 62.

(***) Dapprima nella *Lancet* e poi nella sua opera *Diseases of Women*, ecc. 8.° 1854, pag. 213.

(****) *Op. cit.* pag. 212.

malattia, di cui due casi dopo la puntura vennero a mia cognizione. Se a questo fatto aggiungiamo puranco il piccolo numero di cure che si dicono effettuate da questo mezzo, e la circostanza che la realtà o ad ogni modo la permanenza di alcune di esse è più che dubbia, possiamo, io penso, venirci a nessun'altra conclusione di quella che il potere curativo della compressione della cisti, tanto prima come dopo l'evacuazione, è niente affatto stabilito.

Allo stesso tempo però non si può dubitare che l'ingrossamento e il riempirsi di nuovo di una cisti ovarica può ritardarsi molto col far portare alla malata costantemente un ben addatto bendaggio, sebbene sia ovvio che nessuna specie di compressa o fascia, comunque ben addatta, possa far più che opporsi al suo sollevarsi al disopra dell'orlo pelvico, che desso non possano comprimerla se non quando ha preso una certa dimensione, la quale se non considerevole è però bastante da rendere la pura oblitterazione della sua cavità pressochè o affatto impossibile. È probabile che in alcuni casi l'infiammazione della cisti possa venire destata da forte compressione, e che così si effettui l'adesione delle sue pareti per una guarigione stabile; ma tali casi devono essere eccezionali, sono probabilmente assai rari, e non si può calcolare che tale risultato sia assai facile ad accadere per pura compressione.

II. Fu suggerito che si debba tentare *colla puntura sottocutanea dell'ovario idropico* di imitare il processo naturale in cui la cisti si sfianca e versa il suo contenuto nel cavo peritoneale.

È questo però un suggerimento basato su viste teoriche, piuttosto che un metodo di cura provato dietro effettivo esperimento (*). La sua opportunità si appoggia in parte sulla risposta (al presente per nulla incoraggiante) da darsi alla domanda circa al pericolo di vita che si associa alla rottura spontanea delle cisti ovariche. Ma non bisogna poi dimenticare che mentre è assai di spesso fatale, l'accidente in un gran numero di casi, in cui le pazienti sopravvissero, fu susseguito dal rapido raccogliersi di nuovo del liquido. Di più colla puntura sottocutanea della cisti noi vuotiamo entro il cavo peritoneale un liquido intorno alla cui natura ed alla probabilità del suo risvegliare seria infiammazione, noi siamo affatto all'oscuro. La puntura diretta della cisti attraverso la parete addominale per assicurarci intorno a questo punto priverebbe subito l'operazione di quel vantaggio che fu addotto come sua principale raccomandazione, cioè lo schivare ogni comunicazione fra l'interno della cisti e l'aria esterna.

III. *La puntura della cisti attraverso la vagina*, invece che attraverso le pareti addominali, fu consigliata come mezzo per assicurare la più completa evacuazione del liquido, e conseguentemente aumentare la probabilità di una cura stabile.

(*) Infatti il dottor Tilt (*Lancet*, Agosto 5, 1848 pag. 146), ricorda un caso in cui fu adottato con esito felice sotto la direzione di Recamier; ma io non conosco altro caso in cui si sia tentato questo metodo.

La questione dei vantaggi di questo processo si aggira assai sul modo di vedere sulla convenienza di pungere negli stadii precoci. Nel caso di una cisti ovarica che, sebbene ancor piccola, quantunque liscia, elastica e semplice no' suoi caratteri fin dove può essere accertato, puro va ovviamente crescendo, la puntura della vagina mi sembra che abbia i vantaggi di vuotare completamente la cisti, di escludere l'ammissione dell'aria, e di ferire il peritoneo in una posizione in cui, per quanto sappia, le ferite meno di spesso si risentono che quando sono infitte più in alto nel cavo addominale. D'altra parte per le seguenti ragioni non credo il processo conveniente nei casi, in cui il tumore abbia raggiunto un volume considerevole.

1. Perchè la cisti, quando è grossa, impedisce talvolta alla vescica di sollevarsi fuori della cavità pelvica. Il viscere diventa perciò molto alterato in forma, o si allarga lateralmente in tal modo da esporlo al rischio, per parte anche di un operatore non inesperto, di essere offeso dal trocar.

2. Nel caso di cisti composte, le più grosse sono d'ordinario quelle che si distinguono attraverso il cavo addominale, e le cisti più piccole e la gran proporzione di materiale solido si trovano vicino al peduncolo. Quindi una puntura dalla vagina è probabile che in queste circostanze riesca meno efficace che attraverso le pareti addominali.

3. Il pericolo d'emorragia da ferita di qualche grosso vaso è maggiore quando la puntura si fa vicina al peduncolo del tumore. Eccezione in quei casi perciò, in cui la cisti è assai piccola, o in cui si propone di far seguire qualche altro mezzo alla puntura, non è da desiderarsi di deviare dal modo ordinario di paracentesi.

IV. Fu raccomandato di *mantenere la cisti costantemente vuota o col mezzo di un tubo mantenuto a permanenza nella sua cavità o col ridurne fistolosa l'apertura.*

Siccome uno degli inconvenienti gravi della puntura semplice di una cisti ovarica consiste nella prontezza con cui il liquido torna ad accumularsi, così nulla sembrerebbe più chiaro come mezzo a prevenire tal danno che di tener aperta l'incisione. L'idea invero è vecchia fin dai tempi di Celso (*), il quale dà estese direzioni per assicurare un tubo di piombo o di ramo nella ferita, e dopo aver in parte evacuato il fluido, chiudere l'apertura, e poi lasciarne scolare giornalmente circa $\frac{1}{4}$ di litro per volta, finchè è interamente svuotata. Le istruzioni di Celso si confanno infatti ai casi di ascite, giacchè la distinzione tra cisti e l'idrope saccata non era allora conosciuta; e a queste circostanze dovesi probabilmente attribuire in parte l'essere questo rimasto ignoto alla stessa guisa di molti altri suggerimenti di vecchi scrittori. Però alla metà del secolo XVIII il celebre

(*) *De Medicina*, lib. VII, cap. XV. Vedi p. 362 dell'edizione di Milligan, Edimburgo 1831. La mia attenzione fu richiamata a questo passo dal degno scritto di Fock sulla cura operativa delle cisti ovariche nel *Monatschrift f. Geburtskunde*, vol. VII, pag. 332, che contiene una buona critica dei meriti relativi dei vari processi.

chirurgo francese Le Dran (*) adottò un procedimento analogo. Infatti la sua operazione era molto più imponente di quella di Celso, in quanto che egli ampliava l'apertura del sacco ovarico fino a 12 centimetri, poi vi introduceva un tubo di piombo di considerevole volume, ed in ultimo, dopo che una suppurazione pericolosa aveva continuato qualche tempo, la paziente guariva, sebbene in tutti i casi, fuorchè in uno, sia rimasta un'apertura fistolosa permanente della cisti. Casi isolati si trovano dopo quell'epoca nei giornali medici, in cui di proposito o a caso l'apertura d'una cisti ovarica rimase aperta, e la suppurazione consecutiva fu seguita dalla retrazione, od anche dall'obliterazione completa della sua cavità. È però solo negli ultimi vent'anni che si fecero tentativi sistematici di tradurre in pratica tale idea come mezzo di ottenere la cura radicale dell'idrope ovarica nei casi non trattabili cogli altri metodi di cura, o in quelli nei quali si rifugge dal loro uso come troppo pericoloso.

Vi sono tre diversi metodi, con cui si procura di ottenere la retrazione o l'obliterazione della cisti.

1. Col lasciar nell'apertura una canula dopo la paracentesi attraverso le pareti addominali, o col cucire i margini della cisti a quelli degli integumenti in modo da mantenere fistolosa l'apertura a permanenza.

2. Col pungere dalla vagina e assicurare un tubo nell'apertura.

3. Coll'escidere porzione della cisti, con o senza chiusura consecutiva della ferita esterna.

Tutti questi processi hanno di comune, che l'infiammazione e la distinzione più o meno completa della cisti o almeno della sua membrana secernente è la condizione della sua riuscita, mentre il loro comune pericolo proviene dalla difficoltà di limitare l'infiammazione entro limiti sicuri. Nessuno di essi fu usato bastantemente spesso da darci una statistica fedele dei suoi risultati; ma i casi riportati da Baker Brown (**), che è un difensore di tale operazione, mostrano chiaramente la natura e il grado del pericolo a cui è esposta la paziente. La mia propria esperienza della prima di queste operazioni è desunta da due casi, in ambo i quali si fece un'incisione esploratoria coll'intenzione di estirpare la cisti se la presenza inattesa di aderenze non l'avesse impedita. I casi ebbero un esito fatale, che in un caso si verificò entro 96 ore, la paziente essendo morta in apparenza esausta per la copiosa perdita sieropurulenta. Non si introdusse tubo nè in questo nè nell'altro caso, ma i margini della cisti furono solo cuciti a quelli dei tegumenti nel primo caso, mentre nel secondo la ferita rimase fistolosa da sè. In questo caso la cisti era multiloculare con grande parte solida. La vita si prolungò 17 giorni, durante i quali si ebbero sintomi di esaurimento, gradualmente crescenti, ma non accompagnati da alcuna sofferenza apparente. La per-

(*) *Memoires de l'Academie Royale de Chirurgie*, tomo VI, in-12, Parigi 1753, p. 51 e 73.

(**) Op. cit. p. 227 e 237.

data dalla cisti era orribilmente fetente, e il lavarla parecchie volte con acqua tepida non ebbe influenza a modificare questa condizione. Dopo la morte si osservò la stessa specie di apparenza morbosa nei due casi, cioè infiammazione della cisti con rammolimento delle sue pareti, deposito di linfa nel suo interno ed un po' di peritonite, che però nel primo caso non era di data recente. In ambo i casi non v'era che poco pus entro la cisti, ed io suppongo che, se l'apertura è mediocrementemente libera, la pressione dei visceri vicini manterrà il sacco quasi vuoto. Infatti venne proposto affine di ovviare ogni rischio di accumulazione del contenuto entro la sua cavità che la paziente dovesse, se possibile, tenere la posizione supina, o che l'incisione entro la cisti sia fatta nella linca semilunare (pratica adottata da Brown) o nella regione laterale nella posizione di una linea tirata dall'ultima costa alla cresta iliaca, com'è fortemente consigliato dal fu dottor Bühring di Berlino (*).

Il pericolo di questo processo non sembra di natura tale da poter esser tolto o forse anche menomato di molto portando qualche modificazione intorno alla scelta del luogo in cui praticare l'apertura. Pure questo punto non devesi affatto dimenticare giacchè alla circostanza della posizione più eleggibile dell'apertura nei casi, in cui si fa la puntura della vagina, devonsi attribuire in parte i risultati più favorevoli che tennero dietro a tale operazione.

Il gran propugnatore della puntura attraverso la vagina fu il defunto professore Kiwisch (**), il cui collega e successore professore Scanzoni di Würzburg parla del processo in termini poco meno favorevoli. Il primo infatti non fornisce dati da cui dedurre la proporzione esatta dei successi e degli insuccessi (ommissione che in molti altri casi toglie molto valore alle sue dichiarazioni), ma il professore Scanzoni (***) dà un conto esatto dei risultati che ottenne, ed essi sono meravigliosamente favorevoli. Egli dice che in 8 su 14 casi una guarigione perfetta seguì all'operazione, che in due il liquido si raccolse ancora entro poche settimane, che 1 morì di febbre tifoidea due mesi dopo, e che tre malate furono perdute di vista, ma che in nessun caso si ebbe la morte per effetto immediato dell'operazione. Allo stesso tempo però ammette la possibilità di tale accidente, e ricorda il caso di una giovine di 19 anni, che morì di estesa peritonite pochi giorni dopo l'esecuzione di questa operazione praticata su di essa dal professore Kiwisch. Per ragioni inoltre che egli non indica, anche questo numero di supposti successi non fu apparentemente sufficiente ad indurre Scanzoni a perseverare in questo metodo giacchè la terza edizione della sua riputata opera sulle malattie delle donne, pubblicata sulla fine del 1863, non contiene relazione di

(*) *Die Heilung der Eierstockgeschwulste*, in 8.°, Berlino, 1848.

(**) Prima nel *Prager Vierteljahrsschrift*, vol. X, p. 87, e poi nella sua opera, a cui così spesso si fece ricorso. Vedi vol. II, pag. 102.

(***) Op. cit. p. 406.

qualche nuovo caso, ma una pura ristampa testuale (*) dei fatti contenuti nella seconda edizione, comparsa sei anni prima.

Mi è sempre parso che si usasse di un grado di violenza non necessario alla cisti coll'operazione quale la praticava Kiwisch. Egli pungeva la cisti dalla vagina una prima volta onde assicurarsi che la cisti era semplice, processo che sebbene implichi il ritardo di qualche settimana, è di certo espediente in ogni caso di idrope ovarica, giacchè talvolta il liquido non torna a raccogliersi, ed è sempre da desiderarsi di dare alla paziente una tale probabilità quantunque sia ben poca. Appena che il liquido si è di nuovo sufficientemente raccolto da permettere di ripetere la puntura, posta la paziente in posizione semiecoricata, i piedi appoggianti su due sgabelli, e le ginocchia divaricate da assistenti, una piccola canula curva in modo da corrispondere all'asse della pelvi era portata lungo il dito e introdotta attraverso il fondo della vagina entro la cisti. Quando è finita solo una piccola quantità del liquido, una sonda scanalata curva in modo da corrispondere colla curva della canula era introdotta entro essa, e la canula allora era ritirata. Si portava allora un bisturi stretto bottonato lungo la guida, e si allargava la ferita tanto da ammettere il dito indice per esaminare l'interno della cisti e permettere lo scolo rapido dei suoi contenuti. Un tubo metallico della grossezza del pollice, terminante ad estremità rotonda, leggermente bulbosa, era poi introdotto entro la cisti e quivi rettenuto con un bendaggio a T. Il professor Scanzoni adotta un piano simile sebbene usi un trocar retto invece di uno curvo come quello di Kiwisch, e lascia la canula d'argento nella ferita, che egli non allarga, a meno che il contenuto della cisti sia troppo denso per fluire liberamente; nel qual caso allarga l'apertura con coltello a manico lungo e colla lama lunga 4 centimetri, introducendolo per mezzo della canula a questo scopo.

Nei tre casi, in cui io eseguii quest'operazione e che scelsi diligentemente come adatti ad essa, usai un trocar e canula aventi una curva come quella dello strumento di Kiwisch, o quasi grossa come il mignolo. Attraverso la canula veniva introdotto un tubo lungo, elastico, della grossezza di un catatere N. 12, e la canula veniva ritirata, mentre il tubo era facilmente trattenuto entro la cisti col portarla attraverso un piccolo còrchio d'argento in cui era assicurato da una vite, lo stesso còrchio venendo attaccato ad un apparato di legno come si adopera per rettenere il sostegno uterino a suo posto, e assicurato in modo simile da nastri giranti attorno allo pelvi ed alle cosce della paziente.

È mia opinione che l'operazione così modificata ne' suoi dettagli sia accompagnata da minori molestie, od anche da minor rischio, che quando si fa un incisione nella cisti, e si fissa poi nell'apertura un tubo metallico pesante. Comunque sia però, il processo mi parve ac-

(*) Op. cit. 3.^a ediz. p. 462.

compagnato da molto maggior pericolo di quanto parrebbe doversi inferire dal linguaggio di Kiwisch e Scanzoni. La morte di una delle mie pazienti non fu invero dovuta a cause necessariamente connesse coll'operazione; ma nelle altre due, che accidentalmente ricuperaronsi, i sintomi dell'inflammazione cominciante nella cisti e propagantesi al peritoneo furono così formidabili che la lor vita fu per circa 36 ore nel pericolo più imminente, e fu d'uopo della deplezione locale la più attiva per vincere il male. Scanzoni infatti dice che in alcuni de' suoi casi nessun sintomo di reazione nè alcun segno di inflammatione locale susseguirono l'operazione, ma il tumore diminuì gradatamente di volume, e in pochi giorni cessò ogni perdita, cosicchè la canula fu ritirata presto, incirca tra l'ottavo o il decimo giorno ed anche prima. Tanto egli che Kiwisch però parlano in genere di grave inflammatione della cisti, durante la quale si ha una perdita tenue o saniosa e la dolentatura locale è estrema. Kiwisch parla della graduale diminuzione di questi sintomi nello spazio da 10 a 20 giorni e della perdita che prende allora a poco un carattere puriforme, ma non termina affatto che dopo 5 a 7 settimane, prima delle quali non è prudente di ritirare totalmente il tubo. In questo tempo la cisti si deve iniettare dolcemente con acqua tepida, ed io credo che il precetto di ciò fare due volte al giorno è assai giudizioso. Posso aggiungere anche che usando di un tubo elastico abbisognerà cambiarlo ogni 5 a 6 giorni, ed io fui costretto pel restringimento dell'apertura di dilatarla col mezzo di una tenta di spugna introdotta per poche ore, prima di poter rimettere un tubo così largo come quello che vi era stato messo prima.

Il gran pericolo di quest'operazione sembra essere l'inflammazione della cisti: superato questo, il pericolo di sintomi etici, di piemia e sue conseguenze, sembra certamente esser molto minore di quando si fa la puntura alle pareti addominali. Il più energico trattamento antiflogistico e depletivo offre la sola risorsa di soggiogare l'inflammazione della cisti; e se è assai grave e se cede subito al trattamento, sarà nostro dovere il ritirare il tubo e posporre il tentativo di guarire la malata alla più urgente necessità di conservare la vita della paziente.

Devo aggiungere che i risultati dell'operazione furono in totale soddisfacenti nelle due malate che sopravvissero alla sua esecuzione. Però perdetti di vista una donna due mesi dopo il suo rinvio dall'Ospitale, sebbene fino a tal epoca il fluido non si fosse raccolto di nuovo. L'altra malata continua tuttora dopo l'intervallo di dodici anni in discreta salute, e sta tutto il giorno in piedi e serve in un negozio da confettiere. Il suo fu un caso di cisti grossa d'ovario, per conseguenza non uno in cui fosse facile accadere la sua completa obliterazione. Infatti ciò non ebbe luogo, ma l'apertura della cisti rimase fistolosa e ne fluivano circa 100 a 150 grammi di materia purulenta ogni giorno per parecchi anni, mentrechè, se la perdita diventava scarsa per un giorno o due, la paziente soffriva di

cefalea e di varii incomodi, che cessavano di nuovo al ricomparsa dell'abituale escrezione. Circa 4 anni fa però ogni perdita cessò e una massa mal definita del volume di un arancio, situata dietro l'utero, è ora il solo segno della sua antecedente malattia.

Checchè si pensi dei vantaggi di quest'operazione non è possibile l'adottarla in un gran numero di casi, giacchè la cisti ovarica spesso si innalza ad un periodo relativamente precoce fuori della cavità pelvica. In molti altri ancora è chiaramente non conveniente, giacchè in nessuna, fuorchè nella cisti semplice, è possibile la cura con questo metodo. Però nel caso di una piccola cisti semplice, mi sembra assai dubbio se sia giustificato l'esporre una malata ad un pericolo così grave come quello dell'infiammazione cistica, da questa operazione prodotta quasi sempre. Ad ogni modo noi non possiamo esser soddisfatti di un processo, le cui indicazioni derivano da qualche condizione puramente eccezionale, ma bisogna che proseguiamo le nostre ricerche più oltre per trovare qualche mezzo più certo o più sicuro.

Il pericolo che consegue l'incisione delle cisti ovariche, o ogni tentativo di mantener sempre aperta la puntura fatta colla paracentesi a modo di fistola, accompagna in grado ancor maggiore l'escisione di parte della parete dalla cisti. Non so che sia stata eseguita questa operazione, ma parecchi casi sono riportati nei giornali medici tanto del suo esito felice che infelice. In alcuni casi vi si ricorse in conseguenza di adesioni imprevedute che prevenivano la completa esportazione del tumore come nelle malate operate da Martini (*), Bülhring (**), Poland (***), Prince (****) e Atlee (*****) di cui 4 morirono e 3 guarirono. Ma fu anche scelto nei casi di cisti a pareti sottili non complicate da aderenze, e esistenti in malata la cui salute era poco deteriorata, nella supposizione che l'escisione parziale potesse essere un'operazione meno pericolosa dell'estirpazione totale della cisti. In condizioni tali o simili fu eseguita l'operazione da Wilson di Bristol (*****), da Brown di Londra (*****), e da Crouch (*****). E di questi 6 casi 2 terminarono fatalmente, 4 ebbero esito favorevole. Una delle malate morì di emorragia, l'altra di sfinitimento ed effusione di materia purulenta dalla cisti entro il cavo peritoneale; mentre in uno dei casi di Brown i sintomi d'infiammazione furono così allarmanti che si credette necessario di salassare la paziente quattro volte nelle prime 48 ore dopo l'operazione.

(*) *Rust's Magazin*, vol. XV, p. 436.

(**) *Op. cit.* casi 7 e 8, pagine 37 e 43.

(***) *Guy's Hospital Reports*, 3.^a serie, vol. 1, pag. 63.

(****) *American Journal*, luglio 1850, vol. XLV, pag. 267.

(*****) *Ibid.* Aprile 1855, pag. 387, numeri 9, 12, 13 nella sua tavola.

(*****) *Provincial Medical Journal* 1851, p. 33.

(*****) *Op. cit.* p. 235.

(******) *Association Medical Journal*, p. 60. In questo caso, diversamente dagli altri, le pareti della cisti erano di molto spessore. Merita essere ricordato ancora che non meno di 17 piccole arterie richiesero la legatura.

L'esistenza di adesioni tali da impedire l'estirpazione completa di una cisti ovarica può possibilmente giustificare l'incisione di essa e il suo svuotamento, sebbene sia dubbio se i pericoli di questo processo non superino le probabilità di riuscita. L'escisione di una parte della cisti, e il riporre il resto entro il cavo addominale, sono giustificati dalla presunzione che il liquido non modificato dalla grave ferita fatta alla cisti verrà assorbito dal peritoneo, che la cisti continuerà solo per breve tempo a secernere, si altererà allora no'suoi caratteri e probabilmente si farà cretacca. Abbiamo però bisogno di qualche guarentigia della probabilità che tal fatto avvenga, di qualche prova che l'escisione di gran parte della cisti non sia probabilmente seguita da infiammazione molto acuta della porzione che rimane in sito, che la sua secrezione non diverrà saniosa o purulenta, e in conseguenza non sarà probabile che ecciti una peritonite violenta. Finora non abbiamo fatti propizii a tali speranze e in conseguenza nessun incoraggiamento ad imitare questo processo (*), che infatti pare sia caduto in ben meritato discredito.

V. *L'uso di iniezioni iodiche* entro la cavità della cisti allo scopo di prevenire la riaccumulazione del liquido.

In molti casi fin qui riportati, si usarono le iniezioni entro la cisti o allo scopo di vuotarle più completamente del loro contenuto, o di eccitare tal grado di infiammazione attiva delle sue pareti che conducesse più presto e più sicuramente all'obliterazione della sua cavità. In tutti questi casi le iniezioni furono solo mezzi sussidiari, nè su cui molto contassero gli operatori, nè a cui potesse attribuirsi molta parte nel produrre la guarigione della paziente (quando la guarigione ebbe luogo). In questi ultimi anni però, si tentò di distruggere il potere secretivo della cisti coll'iniezione di una soluzione iodica, pratica suggerita dal successo di un modo simile di cura dell'idrocele adottato pel primo da Sir Renald Martin e da Velpeau. I primi casi riportati dall'uso delle iniezioni d'iodio nelle cisti ovariche furono pubblicati da Thomas nel 1851 (**); sebbene Boinet (***) che è gran sostenitore di questo mezzo, lo praticasse pel primo nel 1848. Da quell'epoca lo si ripeté tanto in Inghilterra come sul continente, e i risultati fin qui ottenuti ci fanno sperare che in un gran numero di casi avrà moderato il riaccumularsi del fluido, e in molti casi l'avrà prevenuto completamente, mentre tale metodo sembra accompagnato da pericolo meno serio di ogni altra operazione istituita per la cura radicale dell'idrope ovarica. Alcuni de'suoi fautori infatti mostrano l'iniezione di iodio come meno azzardosa della paracontesi sola, ma ci è lecito esitare nel ricevere questa conclusione finchè le relazioni che la riguardano sieno più definite nei ri-

(*) Un giudizio ancor più sfavorevole di questo processo fu dato da Fock, nella sua bella critica, pagine 362-367; e perfino in termini più forti da Scanzoni, op. cit. p. 470.

(**) *Revue Med. Chir.*, febbraio 1851; e *Schmidt Jahrb.*, 1851, numero VI, p. 327.

(***) *Jodothérapie*, ecc. 800. Parigi 1835, p. 429.

sultati che si dicono ottenuti in 20 a 30 casi (*). Lo solo statistiche, che possediamo finora per numero e per apparente esattezza sufficienti ad autorizzare qualche conclusione, sono quelle di Boinet (**) che pubblicò il risultato di 45 operazioni su 44 malate, delle quali una che aveva due cisti state punte e iniettate ad epoche differenti:

Età delle pazienti	Casi	Guariti	Non riusciti	Morti
Da 15 a 20 anni	2	1	1	0
" 20 " 30 "	7	5	1	1
" 30 " 40 "	17	16	0	1
" 40 " 50 "	11	6	2	3
" 50 " 60 "	5	2	0	3
" 60 " 78 "	3	1	1	1
	45	31	5	9

In 34 casi le cisti erano semplici, in 11 composte. Tutti i successi si ebbero quando la cisti era semplice, ma anche 3 morti seguirono all'iniezione di cisti semplici. Tutte le operazioni sulle cisti composte fallirono; e 6 furono seguite dalla morte delle pazienti; sebbene di certo in molti di questi casi la morte avrebbe avuto luogo così presto, fors'anco più presto, se non si fosse operato. In 19 dei 45 casi la puntura o l'iniezione si usarono solo una volta, ed in 16 di esso si ottenne una guarigione stabile:

19 iniettate	una volta *	16 guarite	2 mancato	1 morta
7 "	due volte	5 "	1 "	1 "
6 "	tre "	4 "	1 "	1 "
4(***)	quattro "	2 "	1 "	1 "
4 "	sei "	2 "	0 "	2 "
2 "	diciassette "	1 "	0 "	1 "
2 "	novo "	0 "	0 "	2 "

Lo scritto di Boinet merita un'attenta lettura, perchè anche tenuto calcolo dell'esagerazione in favore di cui peccano i fautori di qualunque metodo particolare di cura, questi risultati sono molto più favorevoli di quelli ottenuti da ogni altro metodo imaginato per la cura radicale dell'idropo ovarica.

(*) Il dottor Simpson, nella *Lancet*, marzo 21 1857, dice che si ebbe una sol morta in 20 o 30 casi, in cui egli usò le iniezioni di iodio. Coincidenza strana: questa dichiarazione trovasi in uno scritto dedicato a difesa della statistica. La sua lezione nel *Medical Times* del gennaio 28, 1860, è egualmente vaga, giacchè vi parla di 40 a 50 casi.

(**) *Gazette Hebdomadaire*, novembre 21, 1856, p. 828.

(***) In uno di questi casi sebbene il tumore fosse punto 4 volte fu iniettato solo 3 volte, e in un'altra solo due volte.

Inoltre l'esperienza di altri conferma in gran parte i fatti di Boinet, giacchè Cazeaux (*) dichiara di aver ottenute 48 guarigioni su 62 iniezioni di cisti ovariche semplici, 11 casi in cui fu ritardato il progresso della malattia, e sole 3 morti. Anche Velpeau nella discussione all'Accademia di Medicina in Parigi nel 1856 (**), calcolava le operazioni state fatte fino a quell'epoca a 130, di cui sole 30 ebbero esito fatale, 64 furono cure radicali, mentre il liquido si riformò in 36. Però in 20 sui 30 casi fatali l'apertura della cisti si mantenne fistolosa, e a questo processo, che egli caratterizza come cattivo e detestabile, Velpeau inclina ad attribuire la morte delle malate, piuttosto che al puro uso delle iniezioni iodiche. Il bel lavoro di Günther (***) contiene le statistiche di queste iniezioni fino al 1859, e quantunque i risultati siano molto meno favorevoli di quelli di Boinet, di Cazeaux, e del dottor Simpson, puro sono nel totale assai incoraggianti: su 158 casi si ebbero 32 guarigioni, 48 recidive, 13 senza alcun effetto, 59 morti, 6 risultati non noti; e in altre parole, dei casi di cui si conoscono i risultati, 21 per 100 ebbero esito favorevole, 38, 8 terminarono colla morte delle pazienti. Queste cifre non danno dati tali da poter giudicare della adottabilità dei diversi casi per l'iniezione; dei pericoli corsi da quelle malate che solo sopravvissero o da quelle che furono effettivamente guarite, nè in quanto, lorchè si verificò la morte, l'evento fatale sia stato causato direttamente o notevolmente affrettato dall'iniezione. Però questi sono i veri punti riguardo i quali abbisogniamo di accurate nozioni prima di poter bene apprezzare le indicazioni, e le contro-indicazioni per questa o per qualsiasi altra operazione.

Circa 50 iniezioni d'iodio entro le cisti ovariche seguite da una sol morte, è il risultato più favorevole che chiunque altro, eccetto Simpson, abbia mai ottenuto; ma al tempo stesso i pericoli del metodo sembrano essere dipendenti in un grado considerevole da cause superiori all'operatore. Nei casi primitivi si associava l'uso dell'iniezione al tentativo di tener aperta la ferita della cisti, e questo processo ebbe senza dubbio molta parte nel produrre un esito fatale. Il lasciar che la soluzione rimanga nella cisti, forse anche l'impiego di una soluzione troppo forte, sono pure elementi importanti da valutarsi nello stimare i rischi delle iniezioni iodiche. Boinet usava una miscela di parti eguali d'acqua distillata e tintura d'iodio della farmacia di Parigi, la quale contiene più del doppio di iodio della tintura composta della farmacia di Londra, essendo le porzioni 1 parte su 12 $\frac{1}{2}$ in quella, 1 su 29 in questa. Si iniettano nella cisti da 100, 200 a 300 grammi di questa mistura, a cui si aggiunge dell'ioduro potassico per avere la completa soluzione dell'iodio, e dopo averla lasciata da 7 a 10 minuti la si ritira per

(*) Come è citato da Schub. Vedi *Canstatt's Jahresbericht per 1859 in-S.º*, vol. IV, Würzburg, 1860, p. 351.

(**) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1856.

(***) *Lehre der Blutigen Operationen*, foglio 38. *Lieferung*, Lipsia 1859, p. 186.

mezzo della canula. Sebbene in molti casi una buona quantità della tintura d'iodio sia rimasta entro la cisti senza che perciò ne risultasse alcun sintomo cattivo, Boinet preferisce lasciarla uscire dopo alcuni minuti. Nessuno può leggere i particolari dei casi di Teale (*), di cui uno riesci mortale, mentre le altre due malate rimasero senza coscienza per 15 e 14 ore rispettivamente, senza sentire che il pericolo aumenta di molto col lasciar rimanere il liquido entro la cisti. Gli stessi sintomi di grande abbattimento si notano pure nella relazione di un caso in cura di Brown nell'ospedale di Santa Maria (**). Sembra eh'egli d'ordinario lasci entro la cisti la soluzione iodica, e combatta i terribili sintomi che derivano da tal pratica coll'amministrazione generosa di vino ed acquavite. Tra le mie malate all'ospedale di S. Bartolomeo, in cui non si lasciò l'iniezione entro la cisti per più di 10 minuti, solo una volta si verificò grave collasso; ed io dubito assai della convenienza di aggiungere ai rischi che corre già la paziente anche quelli dell'avvelenamento iodico, quando pare vi siano buone ragioni per credere che la speciale virtù curativa dell'agente si eserciti anche dopo un breve contatto colle pareti della cisti.

La natura di quest'azione è ancora poco bene conosciuta. È chiaro che l'infiammazione della cisti non è condizione necessaria alla riuscita, perchè in parecchi casi, in cui non si riformò la raccolta liquida, nessun dolore conseguì all'operazione, nè alcun disturbo costituzionale, ma la cisti svotata una volta non si riempì di nuovo, e la guarigione non fu ottenuta con sofferenze o pericoli che sembrano inseparabili da tutti gli altri modi di cura dell'idrope ovarica. Finora non abbiamo rendiconti delle risultanze trovate alla sezione dopo l'impiego fortunato di questo processo nella malattia ovarica. Però l'osservazione già c'insegnò che la cura radicale dell'idrocele non implica necessariamente la formazione di aderenze tra le opposte superficie del sacco. Tali adesioni inoltre sembra che accadano meno spesso dietro l'uso di iniezioni iodiche, che dopo alcuni degli altri soliti processi chirurgici per la cura dell'idrocele (***): e se le superficie delle cisti relativamente piccole in tal caso non diventano aderenti, è poco probabile che l'adesione abbia luogo tra le pareti di un sacco largo che era disteso da molti litri di liquido. È possibile che si perda un po' di quella sicurezza contro la recidiva, che accresce tanto il valore di ogni cura; egli è però certo che riguarda molto in sicurezza se possiamo evitare i rischi di una malattia così grave, così difficile a frenare qual'è l'infiammazione della cisti.

Anche dopo di aver prese tutte le precauzioni o quando l'iniezione si usa in casi apparentemente meglio adatti a ciò, talora ha

(*) Riportato da Hardwick nel *Medical Times*, gen. 31 e feb. 7, 1857.

(**) *Lancet*, marzo 21, 1857, p. 290.

(***) Vedi le osservazioni di Hutin sulla cura dell'idrocele, citate da Boinet, *op. cit.* 270.

luogo la morte inaspettatamente, come nei casi citati da Löwenhardt (*) e da Legrand (**). La malata di Löwenhardt morì apparentemente per puro trauma, 14 ore dopo una prima puntura ed iniezione. L' iniezione produsse intenso dolore e fu seguita da gran depressione, ma all' esame del cadavere non si trovò traccia nè di peritonite nè di infiammazione della cisti. Ambo le malate di Legrand morirono di peritonite. In una la puntura coll' iniezione iodica erasi praticata sei mesi prima senza il più piccolo sintomo di malessere locale o disturbo costituzionale. Nell' altra la puntura coll' iniezione iodica era stata adoperata nove volte; l' ultima volta, 4 anni prima, la malattia sembrò arrestata, ma dopo tal periodo di tempo divenne necessaria una nuova puntura ed iniezione. Al ripeterla, tre mesi dopo, o in altre parole all' occasione dell' undecima puntura con iniezione insorsero violenti sintomi di peritonite, sotto cui la paziente soccombette nel corso di 26 ore.

La mia esperienza, che si limita a soli 10 casi, è troppo ristretta per essere di molto valore, ma io ho posto i suoi risultati sotto forma di prospetto per comodità di consultarla.

(*) *Monatschrift für Geburtskunde*, vol. XVI, p. 270.

(**) *Gazette des Hôpitaux*, luglio 9, 1861, p. 320, e ottobre 12, 1861 p. 479.

TAVOLA MOSTRANTE I RISULTATI DELLE INJE

N.°	ETA'	STATO CIVILE	DURATA DELLA MALATTIA	PUNTURE ANTECEDENTI	OVARIO AFFETTO	NATURA DELLA CISTI	QUANTITA' EVACUATE PRIMA DELL' INIEZIONE
1	26 anni	Nubile	4 anni	4. Rottura della cisti nell'addome due volte.	destro	Semplice	2 1/2 litri
2	39 »	Maritata	2 »	Nessuna	destro	Semplice	5 litri
3	29 »	Nubile	1 »	Una	ambidue	Multiloculare in parte solida.	4 litri
4	22 »	Nubile	2 »	Una	destro	Supposta semplice.	4 litri
5	31 »	Maritata	2 »	Una	destro	Supposta semplice.	3 litri
6	21 »	Nubile	4 »	Una	sinistro	Semplice	2 litri
7	35 »	Maritata	4 »	Una volta, e due svuotossi da sé all'ombelico.	sinistro	Maligna	8 litri ciascuna delle tre volte nel periodo di tre mesi.
8	17 »	Nubile	6 mesi	Tre	destro	Composta; molta materia solida.	5 litri alla prima iniezione; 3 nelle due successive e occasionali.
9	28 »	Nubile	6 mesi	Nessuna	sinistro	Semplice	4 litri liquido sanguigno. Stamina.
10	23 »	Nubile	2 1/2 anni	Duo. Tentativo d'iniezione dopo la 2.ª intralasciato per dolore ma seguito da sintomi di peritonite.	destro	Semplice	2 litri

NI IODICHE IN DIECI CASI DI IDROPE OVARICA

EFFETTI IMMEDIATI	PROGRESSO	RISULTATI
Inflamazione della tiroide.	Punta 2 volte in 8 mesi, maritata da 2 anni. Ebbe 3 gravidanze, 1 a termine. Punta 20 volte in 7 anni.	Ritardo possibile della malattia.
Sintomi infiammatori.	I sintomi cedettero subito a deplezione. In capo a 2 anni il fluido non si raccolse.	Guarigione.
Tumore, gran protuberanza.	Si rialzò a gradi; ma il liquido si riformò, e fu punta 3 volte in 12 mesi dopo.	Nessun vantaggio.
Nessun sintomo.	Per 2 anni bene; in 2 1/2 anni si riformò il tumore, con massa distinta nelle sue pareti, forse avanzi della prima cisti. Punta di nuovo e iniettata, ma il fluido si raccolse ancora subito.	Guarigione della prima cisti e conseguente ritardo della malattia; morì 6 anni dopo i primi sintomi.
Sintomi infiammatori.	I sintomi cedettero presto. In capo a 18 mesi la cisti non ripiena ma nelle sue pareti due masse del volume d'un arancio.	Guarigione della prima cisti, malattia ritardata.
Tumore forte ingrossato; si cessò l'operazione.	Si usò soluzione acquosa d'iodio. La cisti fu esportata con esito felice qualche mese dopo da Humphry di Cambridge. Era affatto non aderente.	Nulla, l'operazione non terminata.
Nessun sintomo.	La quantità di pus nel fluido era molto diminuita dopo la prima iniezione, e il miglioramento dopo essa sembrava grande. Le altre due non ebbero effetto. Morte da sanguinamento e infiammazione del peritoneo 21 giorni dopo la 3. ^a iniezione.	Leggier miglioramento.
Nessun sintomo.	Fra la 1. ^a e 2. ^a puntura 5 mesi d'intervallo; tra 2. ^a e 3. ^a un mese e 1/2; tra 3. ^a e 4. ^a mesi 3 e 1/2; allora iniezione iodica; tra 4. ^a e 5. ^a mesi 8; tra 5. ^a e 6. ^a mesi 2 e 1/2.	Sensibile ritardo nella malattia, morì 4 anni dopo il primo sintomo.
Dolore; nausea per la febbre.	Il fluido si raccolse presto. La cisti felicemente levata tre mesi dopo da S. ^r Wells. Maritata 9 mesi dopo; ora al 5. ^o mese di gravidanza.	Nessun vantaggio.
Dolore; peritonite.	Morì di collasso e peritonite per sfuggita del liquido in gran parte nel peritoneo, sebbene scolasse poi ancora per la caula.	Morte.

Forse la prima cosa che colpisce osservando il prospetto si è il fatto che in nessun caso l'iniezione (*) ebbero un esito fatale, eccetto in quel caso in cui essa sfuggì entro il cavo addominale, mentre tre volte con tal processo non si produsse disturbo costituzionale qualunque; e inoltre merita notizia che sembrò non esistere nesso tra l'intensità dei sintomi che si mostrano in qualche caso e la guarigione permanente della malata. Questa incertezza, riguardo alla gravità dei sintomi consecutivi all'iniezione, fu pure rimarcata da Schuh (**) che dice « che gli effetti primari delle iniezioni iodiche sono assai variabili, e non ponno per nulla valutarsi anticipatamente. Perfino nella stessa paziente un'iniezione talora non dà origine a sintomo alcuno di reazione sia locale sia costituzionale, mentre un'altra può essere seguita da un uragano di sintomi pericolosi ». Sembra infatti che l'infiammazione della cisti sia stata eccitata parecchie volte, sebbene abbia ceduto abbastanza prontamente a modica deplezione. I suoi segni furono in molti casi parzialmente larvati, in parte esagerati dai sintomi di iodismo, come furono chiamati quei sintomi che sono prodotti dall'introduzione nel sangue di una gran quantità d'iodio. D'ordinario un gran dolore addominale, però cessante prontamente, estremo abbattimento, estremità fredde, polso assai frequente e debole, che talora diventa tutt'affatto impercettibile al corpo per alcune ore, un senso di nausea, spesso accompagnato da vomito, sonnolenza senza sonno, sete, un sapor metallico in bocca, sono i sintomi che talvolta susseguono subito o entro poche ore all'iniezione della cisti, e danno idea di un pericolo ancora più imminente di quello che con tutta probabilità realmente lo accompagna. Associata a questa condizione, che d'ordinario perde le sue più formidabili apparenze nel corso di 24 ore, v'ha una assai scarsa secrezione di urina color vinoso oscura, carica di iodio; e colla diminuzione della quantità d'iodio hanno luogo simultaneamente un aumento nella quantità d'urina ed una diminuzione dei sintomi. Nel caso, in cui i sintomi di iodismo furono molto allarmanti, si era usato una soluzione acquosa di iodio, ed appunto uno dei vantaggi della miscela di una certa quantità di alcool col liquido sembra esser quello di ritardare l'assorbimento dell'iodio. Trovai perciò tracce di iodio nell'urina 14 giorni dopo la iniezione della miscela che di solito io adopero e che conteneva una torza parte di alcool, e ciò ad onta che il fluido fosse lasciato entro la cisti solo dieci minuti.

L'osservazione di questi fatti mi rese decisamente contrario alla pratica o di usare soluzioni d'iodio forti, o di lasciare l'iniezione nella cisti; pratica a cui mi sembrano in gran parte attribuiti i

(*) L'iniezione che io uso è una soluzione preparata al momento come è raccomandata da Guibourt di Parigi (vedi Boinet, op. cit., p. 101) e che consiste di 5 parti iodio, di 5 ioduro potassico, 50 di alcool e 100 di acqua. La quantità di iodio che contiene questa mistura non differisce materialmente da quella che si trova in una miscela composta dalla farmacia di Londra a parti eguali di tintura di iodio e acqua distillata.

(**) Come è riportato in *Constat Jahresbericht*, vol. IV, Würzburg, 1861, p. 401.

sintomi formidabili e i fatali risultati che accaddero in alcuni casi in Inghilterra. L'incertezza di distinguere i casi, che tollereranno bene l'iniezione iodica, da quelli in cui verrà con essa provocata od infiammazione cistica o profondo iodismo, è un ostacolo alla sua valutazione; ostacolo che questa operazione divide con ogni altro processo diretto a guarire od anche a sollevare temporariamente l'idrope ovarica.

È difficile dire quanto tempo sia necessario per stabilire la permanenza di una supposta cura di questa malattia. In capo a due anni dopo l'iniezione di una cisti colla soluzione d'iodio in un caso non s'era verificata raccolta di fluidi, ed è forse giusto il ritenere questo come un caso di cura. In due altri casi però l'obliterazione della prima cisti fu seguita in un caso alla fine di 18 mesi e nell'altro dopo due anni dallo sviluppo di altre, il che mostrò che il tumore non era di quella semplice specie che era stato supposto essere dapprima. Tali fatti corroborano inverò l'incompleto successo ottenuto da questo processo in confronto alla cura realmente radicale che si ottiene coll'estirpazione dell'ovaia. Ma d'altra parte anche essi non sono senza un lato incoraggiante, giacchè dimostrano che la presenza di materia solida entro il tumore non controindica l'iniezione, nè che il carattere composto della cisti rende sempre l'operazione pericolosa, ma dimostrano che per essa noi possiamo attenderci ritardo nella malattia in quei casi in cui pure dobbiamo lasciare ogni speranza di ottenere una guarigione stabile.

Il valor reale di questo processo resta ancora da determinarsi definitivamente da ulteriori prove di quanto sia stato fatto finora, ed è inutile ricordare una schiera di nomi onde definire una quistione che finora non è matura per una decisione. In Inghilterra il dottor Simpson è il solo che ricorse di spesso alle iniezioni iodiche nell'idrope ovarica, ed ho già ricordato le conclusioni assai favorevoli che egli ne dedusse.

Avendo cessato di esser addetto ad un Ospitale mi trovo privo dell'occasione di ultimare le mie personali esperienze; ed è da lamentarsi a mio credere che l'attenzione sia stata negli ultimi anni rivolta esclusivamente alla quistione dell'ovariotomia in Inghilterra, cosicchè non si cercò di determinare meglio l'indicazione per l'uso di queste iniezioni e i mezzi con cui menomarne il pericolo. Anche in Francia e in Germania sebbene ancora adoperata, il suo valore non fu sottoposto a quell'esame scrupoloso che solo poteva provarne il valor reale, e la disillusione conseguente all'esagerazione dei primi successi pare condurrà in gran parte a trascurarlo senza ragione.

Però il professor Scanzoni mentre è ancora imbevuto dei rischi a cui alluse nella prima edizione del suo libro (*) pubblicato or sono otto anni, ritentò l'operazione di nuovo; e i tre casi in cui ne fece

(*) *Op. cit.* 3.^a ediz. 1864, pag. 468.

uso ebbero tutti un buon risultato. Egli prese le seguenti precauzioni, alle quali buona parte della riuscita è certamente dovuta. La cisti fu prima vuotata il più completamente possibile, e poi prima di far l'iniezione si esaminò attentamente onde determinare, se la cisti era semplice; se sembrava non lo fosse, non si faceva l'iniezione. Quando la si usava, si portava un catetere elastico, che s'adattava esattamente alla canula, nel fondo della cisti e per essa si iniettavano da 30 a 90 grammi di pura tintura d'iodio. Dopo pochi minuti si estraeva diligentemente tutto il liquido col mezzo di una pompa a siringa, e, chiusa la ferita, si manteneva l'addome coperto di compresse bagnate di acqua ghiacciata finchè durava il dolore, di solito forte prodotto dall'iniezione. Nella prima delle tre pazienti, la cisti si riempì dopo 6 settimane dalla prima iniezione. Il ripetere l'iniezione in capo a tal epoca fu seguito da peritonite diffusa, di cui la malata guarì continuando tutt'affatto bene per un anno. Nel secondo caso una sola puntura ed una sola iniezione furono susseguite da una cura che si manteneva in capo a 10 anni. Nel terzo caso esistevano due tumori possibilmente interessanti ambo gli ovarii: in uno di questi, che fu iniettato, in capo a 4 mesi non si era riprodotta la raccolta; ma l'altro tumore, che dapprima sembrava solido, andava diventando più molle, e pareva probabile che fra non molto sarebbe adatto per la puntura e l'iniezione.

Per valutare giustamente le iniezioni iodiche abbiamo bisogno di rispondere alle seguenti domande. Queste io raccomando specialmente a coloro pei quali sembra che un proclamato discredito dell'ovariotomia, non associato a tentativo alcuno per accrescere le nostre cognizioni sulla patologia delle malattie ovariche o per aumentare le nostre risorse terapeutiche, si addica agli impegni solenni che noi abbiamo verso la nostra professione e i nostri simili.

Bisogna verificare: —

1.° fin dove queste iniezioni possono adoperarsi con sicurezza nei casi di cisti composte, qual effetto esse hanno nel ritardare lo sviluppo della cisti principale, e se la qualità del liquido, come per esempio la sua trasparenza e leggera viscidità, indichi l'uso dell'iniezione anche nei casi di cisti multiloculari:

2.° fin dove la cautela suggerita dal professor Simpson di non usar mai l'iniezione dopo una prima paracentesi, diminuisca il suo rischio:

3.° se sia più sicura una soluzione acquosa di iodio o una spiritosa, o se l'uso di molta soluzione debole o di poca quantità di forte soluzione sia accompagnata dal maggior rischio:

4.° qual sia il mezzo per meglio garantirci dallo stravasamento dell'iniezione nel cavo addominale:

5.° quanto tempo è conveniente di lasciar l'iniezione entro la cisti; e se la sua completa sottrazione con una siringa assorbente dietro il principio di Bowditch sia un'importante salvaguardia contro l'iodismo, l'infiammazione della cisti o la peritonite:

6.^o qual rapporto esiste tra il dolore al momento dell'iniezione e l'accadere di una peritonite pericolosa o di un'inflammazione della cisti in seguito; e perciò fin dove deve prendersi il dolore come segno per desistere dall'iniezione:

7.^o quali sono i mezzi migliori per prevenire od arrestare i sintomi pericolosi dopo l'iniezione:

8.^o nel caso di non riuscita di una prima iniezione, cosa deve aspettarsi dalla sua ripetizione; o, se replicata, debbasi accelerare la puntura o protrarsi l'intervento finchè lo stato generale della paziente ne indichi la necessità.

La grande obiezione a quasi tutti i processi fin qui ideati per la cura dell'idrope ovarica è, non solo che spesso non riescono ad ottenere lo scopo, ma che ancor più di spesso uccidono la paziente che vi si sottopone. Una media relativamente piccola di risultati può essere più che controbilanciata da una proporzione egualmente bassa di mortalità; ma una gran probabilità di guarigione perfetta è necessaria per controbilanciare un gran rischio di vita. Credo si troverà che la comparativa sicurezza dell'iniezione sarà la sua stessa maggiore raccomandazione. Per mio conto, lo confesso, io mi risto dal giocare con sì grosso rischio contro la riuscita quando la vita umana è in questione.

Se una tal questione sia applicabile all'ultimo gran rimedio, la esportazione dell'organo ammalato, questo deve essere il soggetto della prossima lezione.

LEZIONE XXX

TUMORI ED IDROPE OVARICA

Continuazione della cura. — Estirpazione degli ovarii ammalati. — Storia dell'operazione; sue due varietà; la maggiore e la minore. — Risultati generali dell'operazione; sua mortalità; data e causa della morte. — Circostanze che modificano i suoi pericoli; esistenza di adesioni; età della paziente; grandezza dell'incisione; carattere del tumore.

Opinione sfavorevole pronunciata altro volte, e perchè; paragone tra i suoi risultati e quelli del taglio cesareo; ma l'operazione deve giudicare dai suoi meriti, non dal confronto con operazioni per altri scopi. — Ragioni addotte per riconsiderare quell'opinione. — Tentativi per valutare le condizioni in cui l'ovariotomia è giustificata.

Ci rimane ancora per ultimo da esaminare *la gran cura radicale dell'idrope ovarica, l'estirpazione dell'organo ammalato.*

Mi trovo confuso ora non tanto a riconsiderare le opinioni che non senza molta e diligente riflessione, io formai ed azzardai esprimere sette anni fa dietro grande e diligente riflessione, quanto nel trovare il modo di coscienziosamente dire i cangiamenti da queste opinioni subite. Credo che nel complesso sarà meglio ritenere affatto inalterate le mie dichiarazioni d'allora ed i motivi su cui le mie conclusioni erano basate, indi cercare di indicare come e perchè ora son giunto a conclusioni differenti. Ciò faccio perchè credo che le mie prime opinioni coincidevano assai da vicino con quelle che sono ancora mantenute da molti, pei quali sento un alto rispetto, e dalle quali non posso dissentire senza dubitare che malgrado tutto io non sia in errore.

Si è narrata tante volte la storia dell'operazione che non è d'uopo io occupi molto tempo nel ripeterne i dettagli. Eseguita la prima volta nel 1809 dal dott. Maedowell del Kentucky, e da lui replicata cinque volte nei 10 anni successivi, non attirò però molta attenzione, nè trovo molti imitatori perfino tra i suoi compatrioti per quasi 25 anni. Nè sul continente, nè in Inghilterra furono affatto incoraggianti i risultati dei pochi casi della sua esecuzione; e fino al 1840

fu tentata solo 25 volte col metodo originale, che consisteva nel fare un lungo taglio dallo sterno al pube (*). In 14 di questi casi, in cui l'ovario fu esportato (**), 9 pazienti sopravvissero all'operazione e 5 soccombettero ai suoi effetti; in 11 o non si trovò il tumore, o le aderenze impedirono di esportarlo, e di queste pazienti 8 sopravvissero all'apertura del cavo addominale, 3 perirono. Le cose erano a questo punto quando Clay e Walne col pubblicare parecchi casi, una buona porzione dei quali aveva avuto un risultato favorevole, eccitarono l'attenzione dei pratici intorno a talo soggetto, e sebbene passasse ancora qualche tempo prima che l'operazione fosse riguardata generalmente come processo legittimo, e sebbene sia tuttora accusata severamente da alcuni chirurghi, possiamo però ora contare 200 casi in cui la si praticò, e siamo perciò in grado di farci un'opinione dei suoi vantaggi e suoi pericoli. Le operazioni infatti hanno non tutte esattamente rassomigliato a quella praticata per la prima, perchè nel 1833 Jeaffreson di Framlingham nel Suffolk tentò di diminuire il carattere formidabile del processo col punger la cisti, e poi ritirarla attraverso l'apertura la più piccola possibile. Questa fu detta l'operazione col taglio piccolo, per distinguerla dall'altra operazione della grande incisione. I sostenitori di ognuno di questi processi sono assai forti nell'insistere sui meriti di quella che approvano, e come vedremo subito, ognuna ha i suoi particolari vantaggi. Per molti rispetti però esse si trovano su terreno comune, e noi possiamo ora classarle assieme, mentre cerchiamo di accertare qual proporzione di mortalità debesi tenere, e qual successo possa sperarsi dal tentativo di esportare l'ovario idropico.

Parecchi scrittori hanno con molta diligenza raccolto le statistiche di quest'operazione, di cui si hanno al presente più di 200 casi. Quest'ultimo è il numero a cui arriva Fock nel suo eccellente scritto in proposito (***); e quantunque gli ultimi 18 mesi abbiano aggiunto

(*) La diligenza di Fock (loc. cit. pag. 367) scoperse annotazioni di un caso in cui più che 150 anni fu la cisti fu tirata attraverso la ferita fatta dalla paracentesi, come una specie di accidentale anticipazione dell'operazione di Jeaffreson, ed egli riporta anche un caso simile che avvenne al fu dott. Howship. Però questi non sono casi di estirpazione deliberata dell'ovario malato, e non possono essere qui prese in considerazione più del caso di l'Aumonier (*Mémoires de la Société Royale de Médecine*, 1782 4.^a pag. 290) in cui, con barbara chirurgia, egli esportò l'ovario disteso da pus in conseguenza d'inflamazione dopo il parto.

(**) Una notizia di questi primi casi dell'operazione con larga incisione si trova nella *British and Foreign Medical Review* ottobre 1843, e tre casi non notati là sono riportati nel Rapporto sull'ostetricia, ecc. pel 1842-43 pubblicato nello stesso giornale.

(***) La prima di queste tavole è la base di tutte le consecutive, fu pubblicata dal dottor W. T. Atlee nell'*American Journal* per l'aprile 1845, e fu copiata senza il debito riconoscimento da S. Lee nel suo utile lavoro sui tumori uterini. Se avesse visto l'ommissione sarebbe stata riparatà, ma la giustizia mi obbliga a riferirla qui. Il dottor Roberto Lee ha raccolto ne' suoi *Clinical Reports*, ecc. i particolari di 162 casi nei quali l'ovariotomia o fu tentata o effettivamente compiuta in questo paese; mentre la tavola di Kiwisch nel vol. XI del suo *Klinische Vorträge* fornisce alcuni casi addizionali, specialmente desunti dai pratici del continente. Nell'*American Journal* dell'Aprile 1850, il dottor Atlee dà i risultati generali di 179 casi sebbene senza gli stessi rapporti dettagliati come nella sua tavola anteriore; e nello stesso

pochi casi tanto felici che infelici, è ancor conveniente l'aver a che fare con cifre rotonde, cosicchè preferisco adottare le sue cifre come sono. Ora, questi 200 casi di vera estirpazione dell'ovajo danno 111 guarigioni contro 89 morti, o in altri termini, la mortalità è di $44 \frac{1}{2}$ per cento, ossia non molto meno della metà del numero delle operate muojono de' suoi effetti. Ma oltre questi vi sono 92 casi, o perchè l'operazione non potè completarsi per la presenza di aderenze o perchè il tumore aveva qualche altra posizione o altri attacchi non preventivamente supposti, o perchè qualche errore di diagnosi ancor maggiore fu commesso o l'esistenza istessa del tumore si trovò essere uno sbaglio. Di queste 92 malate 31 morirono, nolla proporzione di 33.6 per cento ossia di 1 su 3; ma 9 di quelle che sopravvissero dopo aver attraversati molti pericoli si dicè che guarirono della malattia più o meno completamente. Mettendo insieme tutti i casi sembra che di 292 casi di tentata operazione, 120 finirono colla morte e 92 non riescirono; o in altri termini le probabilità stanno come due contro uno che l'operazione verrà compiuta; se riesce, le probabilità sono pressochè eguali a quelle in cui la paziente muore; e se non riesce, la probabilità del suo sopravvivere all'inutile operazione è solo doppia del suo soccombere in conseguenza di essa.

Fu detto dai propugnatori dell'operazione che la mortalità conseguente alla sua esecuzione andava diminuendo, e che col perfezionare il nostro tatto diagnostico andava diminuendo la proporzione delle operazioni incomplete. « La proporzione della mortalità, dice il dottor Atlee, nel 1850 ha di molto diminuito dopo la pubblicazione del mio prospetto nel 1845. Allora v'era una morte su ogni $2 \frac{2}{3} \frac{3}{8}$ dei casi di gastrotomia, ossia 37. 62 morti su ogni 100 casi. Dopo la pubblicazione di quel prospetto avvennero 78 casi in cui vi ebbe una morte su ogni $3 \frac{2}{7}$ dei casi, ossia 26. 92 in ogni 100 casi. Vi fu pure una diminuzione nel numero delle operazioni incomplete..... quindi la diagnosi ha eziandio migliorato (*). Sventuratamente, come abbiamo veduto, abbiamo bisogno soltanto di aumentare il numero delle osservazioni affine di progredire verso l'esattezza di questa aspettativa assai naturale, sebbene troppo fiduciosa. I risultati più recenti danno 1 morta su ogni $2 \frac{2}{8} \frac{2}{9}$ di quei casi in cui l'operazione fu completata, 1 in $3 \frac{4}{15}$ di tutti i casi, inclusi quelli in cui l'operazione venne abbandonata; mentre il numero dei casi in cui non

giornale per l'aprile 1855 egli contribuì con un estratto sinottico di 40 casi di ovariotomia occorsi nella sua pratica. Clay di Manchester, che eseguì l'operazione più spesso di chiunque altro, pubblicò nel *British Record of Obstetric Medicine*, i particolari di 40 casi che furono in sua cura, e i suoi scritti sull'argomento furon da lui raccolti e pubblicati a Manchester nel 1848. Nel marzo 1856 egli mandò una lettera al dottor Simpson che comparve nell'*Ed. Med. Journal* di quel mese nella quale egli dà brevemente i risultati di 29 altri casi. Da tutte queste fonti, come pure da altre non note agli scrittori antecedenti od apparse posteriormente alle loro indagini, il dottor Fock raccolse un totale di 292 casi, su cui basa le sue conclusioni, ed io mi sono valso de' suoi lavori.

(*) *American Journal*, Aprile 1850.

si potè estirpare l'ovario salì a 1 su $5\frac{9}{34}$, quale fu valutato nel 1850 dal dott. Atlee, e ad 1 su $3\frac{4}{23}$ sei anni dopo secondo i calcoli del dott. Fock. Quest'ultima categoria di casi inoltre aumenterebbe, a mio credere, oltre le sue cifre attuali, se si tenesse ricordo di ogni caso nel quale solo bastò un'incisione esploratoria per scoprire l'impossibilità di ogni ulteriore procedimento. Oltre i casi 88, 101 e 103 della lista del dottor Lee, il primo dei quali accadde durante il mio servizio all'ospedale di Middlesex, mentre gli altri due si riferiscono a malate mie proprie, ebbi due altri casi all'ospedale S. Bartolomeo in cui si tentò, con mio pieno assenso, di esportare l'ovario, ma non vi si riuscì. Una delle malate, giovine di 22 anni, sopravvisse all'operazione 4 mesi, ma dopo aver lottato con un attacco di infiammazione della cisti, che seguì entro 36 ore dopo il tentativo, essa passò in uno stato di tisi, che alla sezione apparve sostenuta dalla propagazione dell'infiammazione ad altra cisti, trovata ripiena da più che un litro di pus. L'altro caso fu di donna maritata di 47 anni, in cui la malattia era stata di assai rapido sviluppo, ma la cisti era apparentemente unica, mentre la mancanza di ogni storia di peritonite e l'estrema mobilità del tumore sembravano con qualche probabilità autorizzare l'aspettativa che non esistessero adesioni importanti da imbarazzarne l'esportazione. Questa speranza però si trovò essere illusoria, e la morte avvenne per infiammazione cistica con tutti i sintomi di piemia 17 giorni dopo l'operazione. L'esame dopo morte fece vedere una causa di difficoltà che nessuna mente avrebbe potuto prevedere; v'erano difatti adherenze al peritoneo addominale, le quali, dovessi concedere (sebbene io non sia menomamente convinto del fatto) che dal tatto bene esercitato di qualche altro chirurgo, avrebbero potuto esser scoperte; ma le pareti superiore e posteriore della cisti aderivano alle intestina, mentre dalla sua parte superiore si prolungava un corno piriforme, che giungeva in alto fino all'ottava costa, e dividevasi in tre rami separati a diverticoli, i quali aderivano agli intestini, al pancreas e alla capsula renale sinistra. Ne deriva dunque che la mia esperienza personale dell'ovariotomia consiste nell'osservazione di cinque casi, in ognuno dei quali l'operazione fu intrapresa dopo molta considerazione, coll'approvazione e sotto la direzione di Chirurghi di vasta esperienza e abilità indubbia, ma che in ogni caso furono sconcertati nel loro tentativo. Due di questi casi vengono ora pubblicati per la prima volta e vanno ad ingrossare la lista delle operazioni fallite. Essi non furono pubblicati prima, non già per tener nascoste operazioni infelici, ma perchè non insegnano alcun fatto nuovo e servono solo ad illustrare qualche già noto pericolo. Dubito però che molti altri casi dello stesso genere siano accaduti, che appunto come i miei non sieno stati peranco pubblicati, ma che se potessero essere raccolti, farebbero risaltare il lato nero dell'operazione, forse non tanto a provare che la mortalità dietro la completa ovariectomia sia molto maggiore delle cifre attuali, ma a mostrare che gli insuccessi a com-

pietra sono molto più comuni, e che quelle non riescite sono più spesso accompagnate da pericolo e seguite da morte (125).

(125) È debito storico il citare le cifre più recenti e posteriori a quelle che l'egregio Autore ha qui ricordato, giacchè meglio e con maggiore soddisfazione si può rispondere ai due quesiti se veramente o no si sia migliorato il processo operativo e si sia fatta più sicura la diagnosi.

Vediamo infatti queste annotazioni nei molti periodici che abbiamo da esaminare. Nelaton sulle prime 11 ha 7 decesse, sulle ultime 15 (quando già stava per abbandonare l'ovariotomia) ha sole 8 decesse. — A Edimburgo fino al 1862 tutte le operazioni ebbero esito letale, in seguito Keith ha 6 morte sulla prima serie di 16 operate, poi 3 morte sulla seconda serie di 13, e infine nessuna decessa sulla terza serie di 12 — ultimamente poi nella *Lancet* del 6 Sett. 1867 dà un prospetto in cui su un totale di 51 ovariotomie veggonsi 9 morte fra le prime 29 operate, e sole 2 fra le ultime 22. — Sp. Wells che su 211 operate ebbe a perderne 65 negli anni addietro, ora scrive a Keith una lettera in cui mostra come sulle ultime 18 operazioni abbia avuto un solo esito infelice. — In Austria prima del 1867 non un caso fortunato di ovariotomia, e da un anno in qua le cose si sono mutate a segno che in breve tempo si fecero 6 operazioni con successo, senza contare 2 recentissime del prof. Balassa di Pest, e 4 del prof. Weinlechner, tutte con esito fortunato. — Bryant in una prima serie ebbe 4 decesse su 10 operate, e nell'ultima serie recentissima ebbe 1 sola decessa su 7 operate. — Sono cifre cronologiche che abbastanza chiaramente parlano sull'influenza benefica che hanno recato un più esatto diagnostico ed un più accurato metodo operativo nella questione del merito dell'ovariotomia.

Se adunque nei diversi paesi, posti a diversa latitudine e sotto diverso clima, l'ovariotomia in confronto di 4 anni sono o poco meno dà risultati che sono felici in ragione oggi quasi doppia, non è certo effetto di mutato temperamento, di aumentata resistenza organica delle donne di quei diversi paesi. La ragione di questo mutamento in meglio deve ricercarsi e riconoscersi nel miglioramento che subirono la diagnosi, l'atto operativo, la cura consecutiva, nel perfezionamento al quale i Chirurghi sono giunti dopo sfortunati tentativi nell'arte dello scegliere il soggetto opportuno, del distinguere le specie di tumori operabili da quelli inoperabili, del decidersi ad intervenire id tempo opportuno piuttosto che procrastinare senza vantaggio, non solo, ma anche colla certezza di minori probabilità.

Avviene dell'ovariotomia ciò che avvenne pure di molte altre operazioni importanti di chirurgia, le quali, o per modificazioni dell'atto operativo o per migliori modi introdotti nella medicazione, divennero più sicure negli esiti loro e acquistarono una più larga applicazione pratica.

Dirò anzi in proposito che si è nel leggere attentamente le storie cliniche delle tante ovariotomie praticate dai diversi Autori in diversi paesi, con differenti sistema che si rileva la verità di questa asserzione; e (senza entrare nella parte strettamente chirurgica intralasciata pure dall'Autore) mi è debito ricordare come si sia mutato luogo d'incisione, estensione di essa a seconda dei casi, come si leghino diversamente i casi propri delle aderenze ed il peduncolo stesso della cisti, come si abbia cura ora più che

Alcuni dettagli riguardo alle circostanze in cui la morte avviene dietro quest' operazione e le condizioni che ne favoriscono l'avveni-

per l'addietto di ripulire il cavo ventrale dei liquidi e del sangue effusi durante l'operazione, quanto beneficamente il percloruro di ferro riesca in alcuni accidenti dell'operazione, di quale suprema importanza sia riuscita la pratica (per lo addietto ritenuta come grave mancanza) di ricacciare il peluncolo entro l'addome quando è troppo breve, di portare su di esso il ferro rovente, di usare il drenaggio profondo, e di impiegare altre cautele, che nelle storie narrate vedonsi suggerite per riparare con vantaggio ad accidenti diversi.

A completare la storia delle ovariotomie bisogna che ricordi le 10 ovariotomie praticate fino ad oggi (Marzo 1868) in Italia la prima il 26 marzo 1859 da Vanzetti, la seconda il 18 settembre 1860 dallo stesso, la terza il 6 gennaio da Peruzzi, la quarta il 18 giugno 1865 da Bezzi, la quinta il 3 maggio 1866 da Loreta, la sesta il 17 gennaio 1867 da Bottini, la settima il 17 aprile 1867 dal medesimo, l'ottava il 17 novembre 1867 da Vanzetti, la nona il 12 dicembre 1867 dallo scrivente De-Cristoforis, la decima a Treviso dal dott. Vanzetti. Tutte furono sgraziate nel loro esito, ma come appare dalle storie loro troviamo che 5 di esse (le 2 prime del Vanzetti, quella del Peruzzi, le 2 del Bottini) non avrebbero avuto un'indicazione pienamente giustificata in quanto che le pazienti per patimenti di lunga data erano ridotte in condizioni sfavorevolissime al buon esito dell'atto operativo e presentavano già la cachessia ovarica, la così detta *facies ovarica*, in guisa che come avverte bene il Peruzzi « la causa vera di quei 5 insuccessi sta nell'essersi accinti all'ovariotomia *troppo tardi* ossia in un periodo troppo avanzato del male, quando le donne erano già più o meno stremate dalle lunghe sofferenze, l'organismo loro depauperato dalla perdita di umori nutritizi, abbattuta la resistenza vitale, quando il tumore ovarico era giunto ad un enorme volume e aveva dato luogo a complicazioni più o meno gravi, come quella della formazione di aderenze valide e anche insuperabili — richiedendo incisione troppo estesa del peritoneo e manovre protratte per essero portato fuori dal cavo addominale ed isolato dalle parti o visceri circostanti ». — L'operazione del Bezzi finì letalmente per influenza di costituzione epidemica dominante quando già dava fondate speranze di guarigione. La mia operazione cade nel numero delle incomplete, e trova in molte circostanze, imprevedibili durante la vita, ragione più che sufficiente dell'esito infausto (Vedi *Gazzetta Medica di Lombardia*, giugno 1868) e della necessità di abbandonare, durante l'atto operativo, porzione del cistoma entro all'addome aderente alle pareti pelviche. — Delle altre tre ovariotomie non conosco la storia. — Queste cifre sconsolanti non rappresentano altro che il *non-fatto* dell'ovariotomia in Italia, la poca pratica dell'argomento e delle circostanze che debbono far rifiutare l'operazione o che ci permettono di intraprenderla: devono insegnare a « prendere in seria considerazione la condizione generale di salute delle operande, non che le condizioni patologiche locali del tumore ovarico, in uno coi suoi rapporti colle parti o visceri circostanti, prima di accingersi ad un'ovariotomia; nè è a dubitarsi che, come dice il professore Vanzetti, *quante volte queste non lascino nulla a desiderare, l'ovariotomia non possa riescire oltremodo benefica anche in Italia ed atta a salvare molte vite* ». Le cifre confortanti che

mento ponno esserci di avviso per un giudizio più esatto del suo merito.

In 68 casi si riferisce il tempo in cui avvenne la morte.

Fu immediata o entro	6 ore in	4
" subita	"	1
" al primo giorno	"	6
" 2. ^o "	"	14
" 3. ^o "	"	12
" 4. ^o "	"	4
" 5. ^o "	"	6
" 6. ^o "	"	6
" 7. ^o "	"	1
" 10. ^o "	"	2
" 11. ^o "	"	1
" 12. ^o "	"	2
" 17. ^o "	"	1
" 21. ^o "	"	2
" 22. ^o "	"	1
" 26. ^o "	"	1
" 30. ^o "	"	1
" 34. ^o "	"	1
" 70. ^o "	"	1
" 4 mesi	"	1

In 37 dei casi fatali dunque, o in più della metà dei casi in cui avvenne la morte, questa occorse entro 72 ore dall'operazione. Nella morte per taglio cesareo 61.12 per cento dei casi fatali accadono entro le prime 72 ore (*). Quello però è un rimedio disperato per un pericolo urgente, o se la vita è spenta sul subito per il suo insuccesso, la natura non assistita non l'avrebbe prolungata più oltre. Ma nell'ovariotomia, mentre la morte in 53.6 per cento dei casi fatali avviene pure entro 72 ore dall'esecuzione dell'operazione, v'è spesso la penosa riflessione che senza di essa la vita avrebbe du-

(*) Vedi uno scritto dell'Autore sul taglio cesareo nel vol. XXXIV delle *Med. Chir. Transactions* pag. 61.

in Italia (al pari e forse più che in altri paesi) danno alcune fra le maggiori operazioni chirurgiche, (erniotomia, litotomie, e la stessa gastronomia) infirmano completamente il pensiero, da alcuni enunciato, che gli Italiani godano una resistenza organica minore di quella presentata dai Francesi, dai Tedeschi, dagli Inglesi e dagli Americani, e che per questa ragione in Italia tale operazione non debba essere intrapresa. *Errando discitur*, ed ora che da tutte parti si moltiplicano gli insegnamenti per la buona riuscita di quest'operazione, il compito nostro viene ad essere più agevole ed a darci lusinga di migliore avvenire.

DE-CRISTOFORIS.

rato settimane e mesi; e il rischio di un tal risultato sarà sempre una delle grandi obiezioni dell'operazione, cui perfino anche una proporzione di riescita maggiore di quella fin qui ottenuta, non varrà a togliere e nemmeno a diminuire.

In 59 casi la causa della morte è distintamente stabilita:

In 29 casi la morte avvenne per peritonite				
" 13	"	"	"	" emorragia
" 8	"	"	"	" esaurimento
" 2	"	"	"	" trauma
" 3	"	"	"	" suppurazione e necrosi
" 2	"	"	"	" ulcerazione dell'intestino
" 1	"	"	"	" tetano
" 1	"	"	"	" flebite.

—
59

Qui il gran pericolo sembra essere lo stesso che abbiamo nel taglio cesareo, e lo troviamo quasi altrettanto di spesso. L'infiammazione uccide 51 per cento di coloro che muoiono del taglio cesareo, 49 per cento di quelle, in cui l'ovariotomia riesce fatale. Il rischio di emorragia fatale sembra molto maggiore nell'ultimo caso che nel primo, 13 su 59 essendo morte per essa dopo l'esportazione dell'ovario, solo 14 su 147 per emorragia dietro il taglio cesareo. Però il trauma, che forma un importante elemento tra i vari pericoli che accompagnano l'ultima operazione, non ha nessuna parte nel produrre la morte per l'ovariotomia, sebbene la parola alquanto incerta di esaurimento probabilmente si riferisce a qualche caso in cui la morte avvenne pel risultato diretto della scossa al sistema nervoso. È probabile che la diligenza ed i miglioramenti nella chirurgia possano alquanto menomare i pericoli dell'emorragia, ma la gran frequenza dell'infiammazione, tanto dopo quest'operazione come dopo il taglio cesareo, rende assolutamente assai dubbio se l'aprire la cavità addominale possa ritenersi un processo così innocente come lo credono alcuni autori quando parlano delle incisioni esplorative siccome affatto prive di pericolo.

La presenza o la mancanza di aderenze, la grandezza dell'incisione, lo stato della paziente e il carattere del tumore furono tutte addotte come cause modificanti i pericoli dell'operazione, e che per conseguenza meritano considerazione nella scelta dei casi in cui essa può convenire (*).

In 91 casi esistevano aderenze più o meno considerevoli, in 54 non ne esistevano; morirono 44 dei primi, ossia 48.3 per cento: degli ultimi morirono 17 ossia 31.2 per cento. Non posso stabilire il numero esatto dei casi in cui su questi 91 casi l'operazione fu tron-

(*) Alcune di queste cifre sono tolte dallo scritto del dottor Atlee, nell'*American Journal*, Aprile 1850, coll'aggiunta di tutti i casi che furono pubblicati successivamente.

cata a causa di aderenze. Un'altra serie di fatti però servirà a sviluppare questo punto. La tavola del dottor R. Lee e di Fock fanno menzione di 92 operazioni incomplete: in 71 di questi 92 casi le aderenze del tumore furono le sole ragioni per cessare le pratiche dell'esportazione. In molti di questi casi la ferita fu subito chiusa dopo l'evacuazione del contenuto della cisti, e col fare il minor male possibile alla cisti; ma nullameno morì più di un terzo di queste pazienti, ossia il 35.2 per cento. La difficoltà della diagnosi non sembra che fino ad ora sia stata diminuita dietro tutta l'attenzione che vi si impiega, e il tatto pratico di coloro che hanno più spesso eseguita l'ovariotomia sembra in questo riguardo che dia ben poca superiorità sul novizio. Tutti i mezzi che furono proposti per acceratarsi della mancanza di aderenze o di un tumore ovarico danno poco fondamento fuorchè quanto ai rapporti della cisti colle pareti addominali. Le aderenze al peritoneo parietale però sono assolutamente le meno importanti, e il loro distacco è spesso di poca difficoltà o pericolo, mentre le aderenze tra la cisti e i vari visceri sono di spesso affatto inaccessibili anticipatamente, e i tentativi di staccarneli sono sempre pericolosi, spesso anche non praticabili. Per quanto di meglio io so non v'ha in chirurgia altra operazione, avente probabilità quasi di uno su tre, nella quale una impreveduta difficoltà venga ad impedirne il compimento o s'abbia ad avere per esito la morte in un terzo dei casi abortiti nella loro esecuzione.

Si disse che i risultati dell'ovariotomia sono in parte dipendenti dall'età della malata, e l'attività della funzione sessuale, i suoi pericoli diminuiscono coll'avanzare dell'età. Nel *Bulletin de la Société de Chirurgie* (*) v'ha una tabella, fatta dietro i dati forniti dallo scritto del dottor Lee sulla malattia ovarica, la quale sembra appoggi questa opinione. Eccola:

Da 18 a 30 anni,	40	operazioni	19	morti
" 30 " 40	" 41	"	13	"
" 40 " 50	" 17	"	4	"
" 50 " 60	" 13	"	2	"
		111	38	

Però pochi altri fatti confutano queste conclusioni, e ne suggeriscono altre, cui a loro volta l'osservazione ulteriore può provare erronee. Ho riannodato da altre fonti 91 casi di più con un totale di 41 altre morti, e questi, aggiunti alle altre cifre, danno:

Da 18 a 30 anni,	69	operazioni,	31	morti,	mortalità	49.9	per cento
" 30 " 40	" 69	"	22	"	"	31.8	"
" 40 " 50	" 37	"	16	"	"	43.2	"
" 50 " 60	" 23	"	9	"	"	39.1	"
" 60 " 68	" 4	"	1	"	"	25.0	"
		202	79				

(*) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, vol. III, pag. 42.

Invero un fatto, messo in luce dall'altra tavola, è anche da questa confermato, cioè il pericolo speciale che accompagna l'operazione in donne molto giovani. Il tempo darà il giusto valore alle iniezioni d'iodio: è però assai soddisfacente il sapere che se desse sono così sicure e così felici quanto lo credono i loro propugnatori, lo furono appunto e precisamente nelle pazienti in cui le cisti erano semplici e in cui di conseguenza tale metodo era meglio applicabile.

Fu pure asserito che il successo o meno dell'operazione dipende per molta parte dall'ampiezza dell'incisione fatta al peritoneo, e che mentre l'aprire l'addome dalla cartilagine ensiforme al pube è un processo assai pericoloso, il ritirare la cisti svuotata attraverso una piccola incisione è associato a tanto minor pericolo da rendere ingiusto il porre le due operazioni nell'istessa categoria. Questa differenza tra le due operazioni sembra infatti essere distintamente marcata nelle asserzioni di coloro che prima diressero l'attenzione a questo soggetto. Il fu S. Lee dice (*) che su 85 casi in cui si eseguì l'operazione maggiore, 50 guarirono, 38 morirono, dando la mortalità di 1 su 2 $\frac{1}{3}$; in 23 in cui si eseguì l'operazione minore, 19 guarirono e 4 morirono dando una mortalità di 1 su 6. Il risultato di osservazioni ulteriori fu di ridurre la discrepanza tra le due operazioni entro limiti più e più angusti; non col provare che la grande operazione sia meno pericolosa di quanto si supponeva, ma col mostrare che i pericoli dell'operazione minore erano stati meno valutati. Tre anni e mezzo dopo il dottor Atlee (**) avendo raccolto 133 casi della maggiore e 28 della minore operazione, trovò la mortalità per la prima essere di 46 ossia di 1 su 2 $\frac{1}{10}$; per l'ultima essere di 8, ossia di 1 su 3 $\frac{1}{3}$. Io ho dappoi raccolti 18 casi della maggior, 23 della minore operazione, riportando a quest'ultima tutti i casi nei quali l'incisione non eccedeva 15 centimetri di lunghezza, facendo così un totale di 151 della prima, e 51 dell'ultima, di cui le morti corrispettive furono 59 e 20, ossia 1 su 2 $\frac{3}{5}$ $\frac{3}{5}$ ed 1 su 2 $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{10}$.

La spiegazione di questa differenza tra le prime e le più recenti statistiche in proposito deriva senza dubbio dal fatto che le prime operazioni furono fatte in casi di cisti a pareti ben sottili senza materia solida e non complicata da adesioni, che perciò permettevano di esser stirate fuori attraverso una piccola apertura. Un'incisione lunga 5 centimetri però si trovò bastante solo in un piccolo numero di casi; ma appena che l'incisione fu fatta alquanto più grande, sebbene si aderisse al principio di esportare la cisti dopo svuotata attraverso la più piccola apertura possibile, pure divenne praticabile un intervento maggiore di prima, si cercarono le adherenze e le si divisero, quando lo si credette necessario si introdusse la mano entro l'addome, e le due operazioni quanto a pericolo sono ora quasi al medesimo livello. Non è la differenza di 7 a 10 centimetri più o

(*) Op. cit pag. 211.

(**) *American Journal*, Aprile, 1850 pag. 337.

meno d'incisione peritoneale che determina il fatto della paziente, ma il maggior o minor grado di maneggi che fu richiesto a completare l'operazione. Quest'ultimo fatto inoltre riceve un ulteriore schiarimento dall'influenza che il carattere del tumore esercita sul destino della paziente. Le operazioni sulle cisti a pareti sottili, che sono le più facili ad esportarsi, sono accompagnate dal minor pericolo, mentre i pericoli concomitanti l'esportazione delle cisti multiloculari e dei tumori solidi sono molto maggiori. Questo fatto è assai bene dimostrato da un prospetto compilato da Stumphry di Cambridge (*) nel quale egli divide i diversi tumori dell'ovario in tre classi o mostra che i risultati delle operazioni per la loro estirpazione furono come segue:

	Guarite	Morti
Cisti semplici	16	6
„ con produzione di altre cisti multiloculari, alcune descritte come cisti a materiale solido, e due contenenti peli e denti	13	9
Tumori solidi, detti fibrosi, scirrosi, o solidi con fluido, o solidi con cisti	7	10
	36	25

Trovo inoltre che dividendo i tumori ovarici in due grandi classi, da una parte le cisti semplici, dall'altra le composte e quelle contenenti più o meno materia solida, si hanno i seguenti risultati:

	Guarigioni	Morti
Cisti semplici.	31	12
Cisti composte, cisti con materia solida, e tumori solidi	62	56
	93	68

Nè questo prospetto nè il precedente vengono qui riportati come dimostranti l'attuale mortalità dell'ovariotomia, che può essere non così grande come le cifre suddette rappresentano, ma solo quali esempi dei pericoli relativi dell'operazione, secondo che il tumore contiene o no quantità considerevole di materia solida.

Da questa raccolta noiosa di dettagli, imperfetta, talora contraddittoria, qual deduzione possiamo trarre riguardo l'operazione dell'ovariotomia? o forse che al presente non è possibile una conclusione, e la decisione di tutta la quistione deve essere aggiornata ad un tempo futuro, ed all'acquisto di migliori cognizioni? Invero alcuni punti devono lasciarsi indefiniti, ma pure mi sembra che vi sia abbastanza argomento per qualche conclusione, che io temo sfavorevole all'esecuzione dell'ovariotomia.

(*) In un opuscolo intitolato: *A Report of some Cases of Operation*: ristampata dall'*Association Medical Journal*. Cambridge 1856, p. 40.

Gli argomenti principali per questa sfavorevole opinione ponno riassumersi sotto i tre seguenti capi.

1.^o La proporzione della mortalità dietro l'operazione non sembra in corso di diminuzione, come risultato della esperienza acquisita e della destrezza aumentata in seguito al frequente suo ripetersi.

2.^o Dissimile da molte operazioni, in cui si verifica una quasi identica mortalità, questa è appena ammissibile nei casi dubbii o disperati ai quali si applica l'assioma ippocratico *« Ad summos morbos, summae curationes »*. I casi in cui può sporsarsi che la malattia lasciata a sè progredirà lentamente o diventerà stazionaria, quelli in cui puossi sperare qualche cosa da altri modi meno pericolosi di intervento, sono i veri casi che danno i successi sui quali si cercò di stabilire i meriti dell'ovariotomia. È provato essere assai arrischiata nelle giovani; si crede da alcuni chirurghi assai competenti che sia assai ed altrettanto pericolosa in quelli che hanno passato il periodo medio di vita, che si propose da essi di riguardare l'operazione come controindicata in tutte le donne che hanno superata l'età di 45 anni. Le cisti composte, quelle con materia solida, le maligne e quasi maligne, in breve quelle il cui modo di sviluppo è di solito il più rapido, che sono le più gravi per la paziente, che sono associate ai maggiori dolori, e che ammettono la minore possibilità di una palliativa con altri mezzi, sono preeisamente i casi in cui il chirurgo rifuggo di più dall'ovariotomia. Nel prospetto pubblicato da Humphry, che è pure un sostenitore dell'operazione, i casi di questo genere diedero, quando furono operati, 19 morti contro 20 guarigioni; nel mio prospetto dedotto da una maggior raccolta di fatti figurano 56 morti contro 62 guarigioni.

3.^o Non solo l'operazione è tanto pericolosa in quei veri casi dove è realmente più richiesta, che molti chirurghi rifuggono allora dal farla; ma nei casi altresì che ponno scegliersi come i più favorevoli non abbiamo dati sicuri su cui appoggiare la nostra prognosi circa l'esito. In breve è un'impresa fatta all'azzardo, giacchè il medico pratico ad onta della vasta esperienza già accumulata non può mai predire l'esito dell'operazione colla stessa certezza che lo guida ad intraprendere altri processi chirurgici importanti. Si è infatti veduto in molti casi, che l'esportazione dell'ovario sebbene fatta nelle condizioni le più favorevoli o dalla mano la più esperta, e senza che accadesse qualche impreveduto accidente, finì pure in pochi giorni, talora perfino entro poche ore colla morte della paziente.

Queste tre ragioni, cioè la gran mortalità cui l'esperienza e l'abilità non furono capaci di menomare, il pericolo speciale che s'associa a quei casi dove pure l'operazione è specialmente indicata, e la piena incertezza in cui ci troviamo anche nei casi i più favorevoli circa il suo probabile risultato, hanno influito principalmente a formar l'opinione dell'inopportunità in genere di eseguire l'ovariotomia.

Mi sono a bella posta astenuto dall'entrare in un argomento su cui molto si basano i difensori dell'ovariotomia, e che si appoggia

all'asserzione che molte altre operazioni che si insegnano costantemente e si praticano di frequente sono accompagnate da almeno altrettante mortalità. Io dubito assai dell'esattezza di alcuni nel valutare come minimi i pericoli dell'ovariotomia; le loro cifre non solo sono contraddette dalle cifre che io produssi nella prima parte di questa lezione, ma aggiungerò di più che Kiwisch, il quale pure praticò l'operazione e non tendeva certo a stimar troppo poco i casi felici o troppo gli insuccessi (*), espose la sua opinione che la proporzione delle morti alle guarigioni sta realmente come 5 a 4. Ma intralasciando questo, ed anche il fatto assai importante che le altre operazioni ponno quasi sempre essere compiute, mentre l'ovariotomia è di spesso intralasciata a metà, e che i pericoli delle altre operazioni ponno essere valutati con molta accuratezza proventivamente, mentre non vi sono dati sicuri sui quali formare la prognosi di ogni caso di ovariotomia, io mi oppongo allo specie di confronto che si propone di istituire, sul conto che non v'ha tal rassomiglianza tra l'ovariotomia e quelle altre operazioni da farle degno soggetto di confronto. La convenienza di eseguire la tracheotomia nei casi di croup fu molto dibattuta, e molti di gran riputazione sono tuttora assai opposti ad essa. I suoi difensori però non cercarono di stabilire il loro punto paragonando la mortalità di essa con quella che tiene dietro alla legatura dell'arteria succlavia od all'amputazione della coscia. Il confronto può solo istituirsi tra cose che hanno fra loro qualche rassomiglianza, e la sola operazione che somigli all'ovariotomia è il taglio cesareo. Troviamo però che il pericolo di emorragia è maggiore, quello di peritonite quasi altrettanto che in quello, e che la minore proporzione di mortalità che segue l'ovariotomia è da attribuirsi quasi interamente alla mancanza del trauma che nel taglio cesareo è inseparabile dall'intervento forzato col processo del travaglio e dell'offesa inflitta dell'utero (**).

Ma non intendo di sostenere un confronto tra l'ovariotomia ed un'altra operazione, la quale, sebbene non senza alcuni punti di rassomiglianza, è pure praticata in differenti circostanze e dietro indicazioni affatto diverse. Devesi paragonare cogli altri mezzi di cura del tumore ed idrope ovarica, allo stesso modo come il valore della tra-

(*) Op. cit. vol. II, pag. 169.

(**) Io stesso fui non poco sorpreso della gran mortalità che uno spassionato esame del soggetto mi mostrò associantesi all'ovariotomia, e ben posso immaginare che a coloro i quali siano stati comioti a formarsi un'opinione diversa de' suoi pericoli, il paragone col taglio cesareo può sembrare assolutamente insostenibile.

Mentre però stavo stampando questi fogli, ricevetti il vol. III di Scanzoni (*Beitrag zur Geburtskunde*, ecc.) a pag. 99 del quale v'è un resoconto del dottor Gustavo Simon di tutte le operazioni, 64 in numero, nelle quali si tentò o effettivamente si praticò l'ovariotomia in Germania. Le molte università e la grande attività del commercio librario di quel paese rendono probabile che tutti i casi tanto sfavorevoli come favorevoli, vi sieno riportati in più giuste proporzioni che altrove. Questi 64 casi però danno 12 cure radicali, 46 operazioni d'esito fatale, e 6 che sortirono beneficii andarabili o temporarii, o che diedero completi insuccessi. I casi fatali dunque formano il 72 per cento del numero totale, mortalità che come osserva Simon, pag. 108, è persino maggiore di quella del taglio cesareo, di cui, secondo i calcoli di Kayser, si perde il 63 per cento, e secondo altre autorità i due terzi delle pazienti.

cheotomia fu sempre misurato sul valore degli altri mezzi di cura del croup, e gli sforzi dei medici e chirurghi furono diretti a ritrovare le indicazioni tenute degne per la sua esecuzione, onde acceritare il grado di pericolo addizionale che seco porta, come pure i nuovi elementi di speranza che seco pure adduce.

L'ovariotomia nei suoi risultati deve essere posta a confronto, non già con quelli della disarticolazione del cotile, o della litotomia, o della legatura delle arterie, ma con quelli della paracentesi, e delle iniezioni iodiche o di ogni altro mezzo che fu usato per la cura della stessa malattia, e con quelli ancora, che ponno attendersi se la malattia viene lasciata a sé. Su tutti questi punti abbisogniamo di ulteriori e più esatte cognizioni di quelle che possiamo al giorno d'oggi; e finchè non otteniamo ciò, la quistione dell'ovariotomia non può riguardarsi come affatto risolta.

Al presente però non siamo in posizione di formulare le indicazioni che giustificano l'ovariotomia, e se riusciamo a sbizzarrirci nei nostri studii non possiamo affermare che esistano in ogni caso in cui c'incontriamo nella pratica, nè possiamo arrischiarci con qualche grado di fiducia a pronunciare una prognosi circa all'esito del nostro intervento anche allorchando l'operazione fu eseguita col maggior successo e colle minori difficoltà. Finchè non possiamo far ciò mi sembra per altro che l'operazione prenda posto a lato di quei processi eccezionali, la cui opportunità deve determinarsi individualmente da ciascuno dopo una diligente considerazione delle particolarità del caso e delle idiosincrasie della paziente.

Già 6 o 7 anni fa esposi queste mie opinioni. Ho creduto bene di riprodurle ora parola per parola, e ripetere gli argomenti su cui si appoggiano. Ho fatto così perchè queste opinioni sono tuttora in gran parte quelle delle maggiori autorità in Francia ed in Germania, ed è solo in Inghilterra ed in America che si ebbe qualche importante esperienza nuova in riguardo all'operazione e ai suoi risultati.

Anche in Inghilterra molti dei già oppositori dell'ovariotomia mantengono la sfavorevole opinione che espressero prima d'ora, ma non so che sia da essi stato fatto od anche tentato alcunché per trovare altri meno pericolosi processi per la cura della malattia ovarica, od anche per ritardarne il decorso; e le iniezioni iodiche che promettevano tanto furono lasciate cadere in disuso quasi senza cercare di verificarne il merito reale. La malattia ovarica rimane dunque, per quanto concerne i mezzi di cura, al punto in cui si trovava sette anni fa; una più profonda convinzione della piena inutilità dei rimedii interni e delle applicazioni esterne costituendo tutto ciò che l'esperienza di questi 7 anni ci ha insegnato.

Diventa quindi più importante il cercare se questo triste quadro non sia suscettibile di alcun miglioramento, se l'azzardosa operazione dell'ovariotomia abbia perduto nessuno de' suoi pericoli, se il suo tentativo sia accompagnato dalla stessa incertezza di prima, e se le guarigioni per suo mezzo siano ancora limitate ai casi in cui la sua necessità è meno urgente.

Sono tenuto ad ammettere che a tutte queste domande la risposta deve essere molto più favorevole di quanto era 6 anni fa; che gli sforzi perseveranti dei fautori dell'operazione condussero a maggiore accuratezza di diagnosi, ad una più accurata scelta dei casi, a togliere alcuni dei pericoli dell'operazione, a scoprire la sicurezza relativa di alcuni metodi (come quello di ricacciare il peduncolo entro l'addome dopo avervi passato attorno una legatura: cosa da cui i chirurghi si sarebbero arretrati come da cosa fatale) e ad una più giudiziosa cura consecutiva: è perciò che l'ovariotomia acquistò certezza nell'esecuzione e guadagnò sicurezza nell'esito.

Questo miglioramento nei risultati dell'ovariotomia però è meno apparente di quanto potrebbe aspettarsi se limitiamo la nostra attenzione a quei casi in cui l'operazione venne effettivamente compiuta: la mortalità nei casi di ovariotomia completa secondo il dottor Atleo fino al 1850, può stabilirsi al 22.27 per cento; la mortalità delle operazioni di B. Brown, Hutchinson, T. Smith, e Spenceer Wells, le quali tutte furono eseguite dopo quell'epoca, ammonta al 30.3 (*) per cento; i risultati dei casi di Spenceer Wells consecutivi alla pubblicazione del suo scritto nelle *Medico-Chirurgical Transactions* non mostrano diminuzione progressiva dei pericoli dell'ovariotomia. De' suoi primi 50 casi, 17 morirono; de' suoi ultimi 43, 15 morirono (**); e la differenza di frazioni tra la mortalità delle due serie di casi mostra un leggier aumento accidentale della mortalità degli ultimi. Anche una divisione di simili casi (fra quelli esposti sotto forma di tavola nell'appendice alla traduzione che fece Clay dell'opera di Kiwisch « *Diseases of the Ovaries* » portanti ognuno una data) in due classi secondo che l'ovariotomia fu eseguita prima o dopo il 1855, mostrerebbe perfino che la fatalità delle operazioni complete ha aumentato da 43 a 46 per cento. Io non credo per un istante che si debba tenerne caso, ma riferisco questo risultato apparente come una prova che la fatalità dell'operazione non è diminuita di molto, so si riguardano quei casi nei quali l'operazione fu effettivamente compiuta.

La natura del rischio rimane ancora la stessa. La vita nei casi fatali non sembra prolungarsi molto oltre la durata di prima.

Di 68 casi infelici, di cui trovai ricordo 7 anni fa, 37 ossia 54.4 per cento finirono in meno di 72 ore. In 86 dei 150 casi mortali, ossia in 50.6 per cento, la durata della vita, come è stabilito nella tavola del dottor Clay, fu del pari minore di 72 ore.

In 59 dei casi fatali trovai la causa della morte così esposta.

In 29, ossia 49 per cento la morte avvenne per	peritonite
" 13, " 22 " "	emorragia
" 2, ...	trauma.

(*) Dedotto dalle cifre date dal dottor Graily Hewitt, op. cit. pag. 588.

(**) Il risultato dei quali mi fu gentilmente comunicato da Wells con lettera nell'Aprile del corrente anno 1864.

Nei 139 casi del dottor Clay la causa della morte viene data, ed è detta sia stata:

la peritonite in 64, ossia in 46 per cento;
l'emorragia od il trauma (*) in 49, ossia in 35.2 per cento.

È inutile dire che queste cifre sono adoperate non come rappresentanti di fatti assoluti, ma puramente come dimostranti la direzione verso cui tendono in complesso le ricerche. Esse ci guidano rettamente, non come fa la bussola, che oggidì abilita il nocchiero a navigare con assoluta certezza, ma piuttosto come facevano nei tempi passati le stelle, quando esse gli insegnavano, non senza dubbi ed esitazioni, ma in complesso con abbastanza accuratezza, dove rivolgere il suo corso.

Sembra dunque che la completa ovariectomia sia pressochè fatale come prima; che la vita si prolunghi solo poco più di prima nei casi fatali; e le cause di morte siano affatto le stesse di prima, sebbene non dubiti, che grazie ai miglioramenti nei dettagli delle operazioni, vi sia stata diminuzione nel rischio soltanto della emorragia.

Il gran progresso che si fece, però, sembra stia nella certezza della diagnosi che ora si ottiene, come si vede dal numero molto minore di casi in cui si cominciò e si tralasciò l'operazione o per aderenze o per qualche altra causa dirimente del suo compimento.

Riferendomi ancora alle tabelle del dottor Clay, io trovo le operazioni incomplete.

	Prima del 1855 Casi — Morti	Dopo il 1855 Casi — Morti
Esezione parziale dei tumori ovarici	23 — 13	1 — 1
" " extra ovarici	12 — 9	— — —
Abbandonati per aderenze, i tumori cessando ovarici	58 — 12	5 — 3
" " extra ovarici	14 — 5	— — —
	107 39	6 4

Questo prospetto deve prendersi colle cautele già espresse, perchè so di un caso non riportato di morte dopo l'esportazione parziale di un tumore fibroso dell'utero, e Spencer Wells (**) ricorda 6 casi di incisione esploratoria o di tentata operazione, una delle quali ebbe un fine fatale.

Lo stigma dell'incertezza, dunque, che altre volte stava nell'operazione, può ora considerarsi quasi affatto tolto, e il chirurgo esperto può cominciare l'operazione senza incertezza maggiore (relativamente alla sua abilità nel compiere l'atto operativo) di quella che accompagna le altre operazioni capitali di chirurgia.

(*) La mortalità per emorragia solo si disse essere di 24; per trauma solo di 25.

(**) *Med. Chir. Transactions*, vol. XLVI, 1860, pag. 49.

Alcune delle obiezioni contro l'ovariotomia sembrano essere state l'effetto dell'averla generalizzata precipitatamente. Non sembra che l'età sia una controindicazione positiva; e siccome ci appoggiamo a differenti cifre così arriviamo a diversi risultati, che, in mancanza d'altro, provano almeno la mancanza di ogni legge con cui l'età della paziente regoli il risultato dell'operazione.

Nella tavola del dottor Clay l'età delle malate è notata in 274 che possono distribuirsi così:

Tra 18 e 30 anni,				120	operazioni,		58	morti
n	30	n	40	n	81	n	36	n
n	40	n	50	n	46	n	23	n
n	50	n	60	n	23	n	11	n
Oltre	60	n	—	n	4	n	1	n

Egli è anche curioso, riguardo alla asserita estrema fatalità dell'ovariotomia nelle giovani, che 8 sui 33 successi pubblicati da Spencer Wells avvennero in giovani donne tra i 17 ed i 25 anni, mentre non si ebbero morte ad un'età minore ai 26 anni.

Un'altra obiezione fu basata sulla presunzione che i soli casi porgenti risultati bastantemente incoraggianti per giustificare l'operazione sono casi di cisti semplici, le quali d'ordinario aumentano meno rapidamente, esercitano la minor influenza dannosa sulla costituzione, e sono anche più suscettibili di altri metodi di cura. Tali casi inoltre sono forse i più favorevoli per l'operazione, sebbene qui di nuovo un piccolo cambiamento nei dati offra un differente risultato; ma infatti la gran maggioranza dei casi, in cui si eseguisce l'ovariotomia, sono i casi più comuni in cui le cisti sono composte, con una quantità maggiore o minore di materia solida. In soli 2 fra i 33 casi di Wells di ovariotomia riescita bene il tumore era in una cisti semplice; nei rimanenti 31 casi le produzioni erano multilocali con quantità variabile di materiale solido.

Dunque nè l'età della paziente, nè la natura del tumore possono ritenersi per sé come inibenti l'operazione: andiamo quindi avanzando chiaramente nel campo della certezza, in cui in vece di leggi arbitrarie dedotte dai risultati di un numero limitato di cifre, siamo capacitati a porre le indicazioni per compiere o per ripudiare l'operazione fondate sui principii generali di medicina e chirurgia.

Io dunque credo che siamo ora tenuti ad ammettere l'ovariotomia come un'operazione legittima di chirurgia; operazione che presenta un prospetto giornalmente più lusinghiero di sottrarsi ad una morte dolorosa ed inevitabile, la quale invero alla fine diventa ben accetta, solo perchè conduce la paziente attraverso ad una vita estremamente miserabile.

Forse così possiamo riassumere alquanto le indicazioni e controindicazioni dell'operazione.

1.^o Non è da farsi in ogni caso di cisti semplici che non sia sull'aumentare o che aumenti solo lentamente, quando non ha ancora disturbato la salute generale della paziente. In altri termini non debbesi porre la vita a repentaglio per una semplice molestia o incomodo.

2.^o Per regola generale non debbesi eseguire se non dopo che la cisti sia stata punta una volta. Le regioni per questa precauzione sono tre. In alcuni pochi casi il liquido non torna a raccogliersi; la somma di disturbo costituzionale che segue la paracentesi darebbe qualche indizio intorno a quanto possa temersi dalla più grave operazione diretta ad esportare il tumore; ed infine quando la cisti è vuota e durante il processo del suo ulteriore riempirsi, possono meglio esser constatati i suoi rapporti, la presenza o la mancanza di aderenze, specialmente colle parti contenute entro la pelvi.

Dubito se nel caso di cisti semplici non debba l'ovariotomia essere ulteriormente limitata ai casi nei quali fu provata l'iniezione iodica a sufficienza per accertarsi essere dessa inefficace o incerta.

3.^o Non è da praticarsi in ogni caso in cui nella pelvi si senta un tumore che mantiene la stessa situazione ben poco cangiata dopo la paracentesi, e da cui col mezzo della sonda l'utero non può essere distintamente isolato.

4.^o È inoltre controindicata dalla presenza dell'albumina nell'urina, o ad ogni modo dalla persistenza di qualche traccia di essa dopo la puntura, ed anche dal precoce gonfiarsi delle gambe, e dalla presenza di considerevole quantità di fluido ascitico entro il cavo addominale.

5.^o Finalmente il suo successo è reso estremamente dubbio dalla pregressa infiammazione della cisti e dalla peritonite generale, la quale viene diagnosticata per gli accessi del vomito, brividi, febbre e dolore addominale, e dalla presenza del pus nel liquido evacuato colla puntura. Il fatto che una malata ebbe qualche attacco di dolori addominali di breve durata non associato a febbre, o da persistente dolentatura, non controindica l'operazione, giacchè tali attacchi si manifestano indipendentemente da infiammazione.

D'altra parte l'operazione non è controindicata:

1.^o Dalla giovinezza della paziente o dall'età sua avanzata, nè dall'aver essa precedentemente subito parecchie paracentesi, nè dalla irregolarità o cessazione dei mestruj, giacchè la completa soppressione di questi non prova che ambo gli ovarj sieno affetti.

2.^o È giustificabile e da raccomandarsi in tutti i casi di tumore ovarico, qualunque sia la sua struttura, e comunque sia la sua esistenza sia di lunga o breve durata, e la puntura sia stata o no ripetuta di frequente; infine quando la malattia va continuamente e progressivamente crescendo, e quando la salute della paziente comincia a soffrire da questo suo aumentare, indipendentemente però, per quanto puossi verificare, da ogni altra causa che non sia dal male locale.

Credo che la nostra condotta deve governarsi alquanto allo stato di mente e dai desiderii della paziente, dalla calma con cui essa può riguardare la possibile non riuscita dell'operazione, e il suo subitaneo entrare nel « mondo ignoto », dalla forza dei legami che la vincolano al mondo, e la fanno desiderosa di restarvi, e dallo spirito di fiducia che la rende capace di intravedere, al di là del rischio di pochi giorni, la perfetta salute degli anni avvenire che sarà la ricompensa di una felice impresa avventurosa.

La paura dell'esito è un cattivo stato di mente per subire un'operazione di tale importanza; non sono sicuro, ma l'indifferenza è perfino peggiore: sono affatto certo che le considerazioni morali devono valutarsi con altrettanta cura quanto quelle fornite dal carattere del tumore o della storia del suo sviluppo.

Non posso aspettarmi che le ragioni le quali mi sembrarono conclusive a favore dell'ovariotomia debbano parere egualmente stringenti agli altri; sebbene io mi riprometta che i prossimi sette anni, come fecero i passati, diminuiranno le obiezioni della sua esecuzione, ed aumenteranno le testimonianze in suo favore. Però fintanto che v'ha campo di differenza d'opinione sul soggetto, non è superflua la cautela che mi feci coraggio di suggerire 7 anni or sono in riguardo al grave torto che si fa tanto al progresso della scienza medica che al carattere della nostra professione verso il pubblico colla pratica di trattare alcune di queste quistioni come se fossero questioni di bene o male morale. Sembrerebbe quasi, da quanto talora si disse su questo oggetto, che l'ovariotomia non potesse sostenersi eccetto che per qualche fine sinistro, nè che la sua opportunità possa dubitarsi eccetto che per una aberrazione morale resa solo scusabile da disperata stupidità. La fede nella reciproca integrità di proposito mi sembra essenziale a far risaltare la verità della nostra discussione; e non vedo la ragione perchè io debba sospettare altrui di essere meno penetrato del nostro comune dovere verso l'umanità perchè egli cerca di mitigare i patimenti o prolungare la vita con mezzi nei quali io non ho la medesima fiducia. *L'odium theologicum* ha almeno i secoli e la rispettabilità in suo favore; temo che l'eterna disputa tra il dottor Slop e Susanna entra per molto nel rendere *l'odium obstetricantium* semplicemente ridicolo (126).

(126) Io mi sono riservato in ultimo di esprimere la mia opinione intorno alle operazioni destinate a cura radicale dell'idrocistovario, per potere a migliore agio stabilire un confronto fra di esse, e dedurre da questo le indicazioni d'ognuna in particolare. Fra le cifre statistiche citate dall'Autore a pieno appoggio dell'ovariotomia e dopo quelle più recenti e più incoraggianti che ebbi cura di aggiungere nella mia nota 125, stanno l'opinione e l'apprezzamento individuale. Se per ognuno dei mezzi chirurgici curativi dell'idrocistoma troviamo fautori ed oppositori egualmente pratici e rispettabili, senza che ancora si possa decidere se gli uni o gli altri abbiano più ragione o più torto; se in mano di taluni riuscì un atto operativo che in mano d'altri fallì sempre, se le cifre di un operatore sono più favorevoli di quelle di

na altro per l'ovariotomia o per qualunque fra le operazioni ideate a scopo curativo radicale del cistovario: dove sarà la ragione, dove il torto? chi sarà più giustificato, chi meno? chi sarà vicino al vero, chi ne sarà lontano? Bisogna concludere, io penso, che nelle indicazioni, nella scelta del momento e dei soggetti, nella natura e nella molteplicità delle complicazioni, stia il perno della questione, stiano i momenti dai quali dipende la buona riuscita dell'operazione intrapresa, non senza contare sulla diversa modalità operatoria, sulla abilità e diligenza del chirurgo, nella medicazione e cura consecutiva.

Tralasciando di parlare di queste ultime condizioni, appartenenti alla chirurgia pura, io mi permetto di discutere brevemente le prime.

Egli è una cosa che colpisce ben tosto il nessun pensiero che si danno molti (discutendo l'argomento delle singole operazioni per il cistovario) della diversa natura dei cistovarii e della diversissima indicazione che deve risultarne essenzialmente: talchè si danno cifre pratiche, per esempio, dell'iniezione jodica e non si parla se e quante volte sia stata fatta in cisti semplici da asfidosi follicolare, od in cistomi od in cistosarcomi. Ne risulta pertanto che quelle cifre non esprimono un criterio assoluto ed esatto del valore di quell'operazione appunto perchè praticata in condizioni e per forme morbose di natura differenti.

Lo stesso vuol essere notato per rapporto alle condizioni generali del soggetto; si operarono individui stremati ed emaciati, che non lasciavano a priori lusinga alcuna di salvamento, e si venne così a falsare il giusto valore di un atto operativo qualsiasi con insuccessi che dovevano essere risparmiati.

Finalmente per riguardo alle complicazioni del cistovario ognuno vede come il risultato debba dipendere dalla natura, dalla data e dalla importanza ed estensione loro, e come il confondere i casi semplici coi complicati abbia potuto fare scegliere un atto operativo inopportuno ed un momento d'applicazione non giustificata, a scapito di un retto giudizio pratico.

Poste queste considerazioni generali, non è difficile il convincersi che le vie per le quali giungesi con un'operazione a guarire un ovariocisti sono, la distruzione della membrana interna secretoria e del suo epitelio con coartazione consecutiva della cisti, la suppurazione di questa e infine l'ablazione parziale o totale dell'organo ammalato.

Ora, quando puossi sperare di ottenere l'uno o l'altro di questi risultati?, e quanto sperare si può nell'uno o nell'altro mezzo, si in via generale che in via concreta nelle singole condizioni e nelle loro diverse complicazioni?

Egli è evidente che la coadesione delle pareti della cisti, se si ammette il processo di infiammazione adesiva nel senso stretto, non potrà mai essere ottenuta se non quando il suo sacco in gran parte trovisi libero da aderenze sia colle pareti e coi visceri ventrali, sia colle pareti pelviche; e si possa con molta presunzione arguire che non ne sia impedito il suo avvizzimento: condizione necessaria perchè avvenga la così detta adesione flogistica. Che se crediamo accettare per l'ovariocisti ciò che si è sanzionato per l'idrartrosi e per l'idrocele, la precipitazione cioè dell'iodio sulla superficie della membrana interna e nelle sue cellule epiteliali a destarvi modificazioni tali da sospendere l'ulteriore essudazione, allora ci sarà dato di maggiormente estendere l'applicazione di quei processi che conducono a tale risultato, e di averne beneficio anche quando le pareti cistiche siano destinate a tenersi in gran parte divaricate in causa di forti e molteplici aderenze periferiche.

Ma sfortunatamente questo secondo procedimento di guarigione non è per l'ovariocisti sanzionato dalle osservazioni necroscopiche posteriori, sebbene la patologia chirurgica ci autorizzi per altri esempi a ritenerlo possibile: anzi nella maggior parte delle storie felici di ovariocisti trattate con iniezione jodica consecutiva all'estrazione del liquido cistico notasi dai pravel il residuo di un piccolo tumoretto resistente sostituitosi alla grande cisti primitiva, a rappresentare la coartazione di questa e la chiusura della sua cavità dietro adesione delle pareti infiacchite dopo la evacuazione.

Se adunque l'ovariocisti follicolare è complicata da aderenze, come agire? Prima di rispondere è d'uopo far notare il maggior pericolo che si corre di destare infiammazione del peritoneo quando già questo ne ha subite altre (il cui residuo sono le aderenze) ed ha quindi contratto per essa una maggiore predisposizione: per il che l'iniezione jodica nell'affidrosi follicolare con aderenze deve essere usata con maggiori circospezioni. Che se compiuta una prima iniezione jodica, ad onta della complicazione di aderenze, la s'è vista tollerata bene dalla paziente, non aver messo la sua vita a pericolo, aver ridotto di qualche poco il tumore, saremo autorizzati a ripetere una seconda iniezione jodica (preceduta da nuova estrazione di liquido cistico) allo scopo di completare la guarigione, già parzialmente ottenuta.

Ma se le aderenze sono molte, se la prima iniezione jodica fece correre gravi pericoli o non portò effetto nemmeno parziale, come agire? Questo è il caso o di attenersi alla cura palliativa, mediante puntura semplice ripetuta ad intervalli il più possibilmente lunghi e quando i patimenti la richiedono, oppure istituire una fistola sia parietale, sia vaginale, sia rettale, allo scopo di distruggere per suppurazione la membrana epiteliale della cisti e favorire la retrazione di questa. Ma sul valore di questo ultimo sussidio dirò in appresso il mio convincimento, riferendomi alle condizioni ora prese in esame.

Per ultimo, in questo caso di affidrosi follicolare con aderenze multiple è applicabile l'estrazione totale della cisti? Io penso che una volta assestata e meglio ancora reclamata dalla stessa paziente un'operazione radicale (dopo che la stessa sia stata bene informata della gravità di questa), date le condizioni fisiche favorevoli della donna, sentito il voto di chirurghi e specialisti imparziali, calcolata la propria esperienza, io penso che l'ovariotomia possa essere messa in pratica con probabilità di esito maggiore certo di quello che possono dare (tranne in casi eccezzionalissimi) la cura palliativa e la istituzione di una fistola.

Parmi poi inutile il far notare quanto irrazionale sia sempre il tentare la coartazione di una grossa cisti quando dessa non sia che una parte di un cistoma, di un'ovariocisti multiloculare: giacchè riuscendo anche all'intento, potremmo essere certi di vedere indi a poco un'altra cella del tumore stesso rimpiazzare la prima; cessata infatti la pressione che que-l'ultima esercitava sulle altre, mantenendole, direi, atrofiche, una di quelle verrebbe a farsi grande e rinnovare lo stato primitivo di cose.

Quanta precauzione e quanta accuratezza debba il chirurgo impiegare nell'uso della iniezione jodica perchè non riesca fatale, come lo fu finora il maggior numero delle volte, non è abbastanza raccomandato, che là è triste cosa il perdere una malata avendo usato un mezzo che, sebbene inferiore per pericoli alla estirpazione del tumore, ha però certamente minori probabilità, considerato come cura radicale del cistovario.

L'iniezione jodica (consecutiva all'estrazione del liquido cistico) è dunque l'operazione propria del cistovario semplice; può essere istituita anche se v'ha

moltiplicità di aderenze, purchè si calcolino le opportune circostanze: non va mai tentata nel cistoma.

Veng. ora al secondo mezzo curativo, alla istituzione di una fistola in genere senza discuire se valga meglio stabilirla alle pareti ventrali, alla vagina od al retto. Prima che la membrana interna cessi dal trasudare siero è necessario che tutta intera con tal mezzo marcisca e venga così a distruggersi; è facile quindi il concepire quale estesa superficie suppurante si viene a stabilire, quanto tempo debba questo processo durare, quanta sottrazione di materiale si imponga e per quanto lungo tempo all'organismo, quanta facilità vi sia che il processo si estenda all'intera cisti, venga a distruggerla maggiormente e forarla in un punto versando marcia nel peritoneo, quanta facilità vi sia che dalle pareti cistiche si faccia assorbimento dell'icore uccidendo la paziente repentinamente, quanta infine debb'essere la resistenza organica della donna per sopportare tutto questo lavoro di distruzione, e quanta eccezione di robustezza vogliasi per intravedere come possibile una simile tenacità di opposizione. Io penso quindi che in nessun caso possa il chirurgo accettare questa operazione in modo elettivo, istituirla cioè per diretto intendimento, e penso che assolutamente debba essere ritenuta come operazione di necessità, quando cioè altri tentativi di cura non siano riusciti, quando altri atti operativi non abbiano potuto essere condotti a fine. Pertanto se una paziente si rifiutasse all'estirpazione dell'ovajo, reclamando in pari tempo una cura, io non esiterei ad istituire una fistola in un cistovario follicolare, sia semplice, sia complicato ad aderenze, dopo aver tentato infruttuosamente l'iniezione jodica una o più volte; la praticerei come ultima risorsa in un cistoma che la paziente si rifiuta a lasciarsi esportare, dopo avere tentato inutilmente l'iniezione jodica; e infine la vorrei per necessità istituire quando, tentata l'ovariotomia e vista l'impossibilità di estirpare in totalità il tumore, mi vedessi obbligato di rinunciare totalmente all'operazione in causa che il cistoma si tiene legato a visceri nobili e diversi per aderenze estese e pericolose, o quando non potessi eseguire che una parziale estirpazione del tumore lasciando in posto (per aderenze multiple) una grossa cella cistica. Un tale mezzo può avere un'esito fortunato, condurre a totale guarigione, ma noi dobbiamo fare ben poco calcolo su di esso, emettere sempre un pronostico grave sia che lo si compia per elezione, sia che lo si addotti come ripiego di altra operazione incompleta o fallita.

Mi resta ora di discutere sull'ovariotomia.

Sono infiniti i lati pei quali si tentò di offendere il concetto dell'estirpazione dell'ovajo e infinite ancora le ragioni emesse in suo favore: la quale divergenza d'opinioni altro non può essere spiegata se non con quella naturale e spontanea inclinazione della mente che in ogni individuo e per ogni cosa entra quasi come padrona della facoltà nostra di raziocinio, e fa sì che il cervello non lavori se non dietro un'ordine prestabilito di concetti: ne nasce che da un canto gli oppositori non lavorino che a cercare motivi ed a dare gran peso anche ai più piccoli cavilli che tendono a provare l'incompatibilità dell'operazione, trascurando di tenere a calcolo o negando perfino il reale valore di quelle ragioni che mettono in evidenza l'utilità sua: dall'altro canto i sostenitori battono in senso inverso una strada simile, partendo da opposto punto e giungendo all'opposto capo.

Io non intendo di far altro che di discutere alcuni punti di tale questione, esprimendo la mia individuale convinzione. E prima di tutto: è accettabile completamente la proposizione dalla quale appare che il confronto

fra l'ovariotomia e le altre operazioni maggiori di chirurgia non rezza in quanto ha riguardo ai risultati statistici ed al titolo reale di intervento? Io credo che qualunque operazione non avrebbe vita nella scienza e nella pratica quando i suoi risultati fossero negativi costantemente od almeno nella granle maggioranza dei casi. Ciò non è certo dell'ovariotomia per la quale, come già dimostrai, se nei primi momenti in cui fu introdotto nella pratica mancò al proprio scopo, la si vede invece ben presto offrire cifre pari di vittime e di guarigioni, per poi dare recentemente una statistica delle più fortunate e quale in nessuna operazione di rilievo si ottiene. Se le ovariectomie si moltiplicano ogni dì in ogni paese ciò vuol dire che i buoni risultati crescenti di essa incitano gli uomini dell'arte ad accettare sempre più un tale mezzo chirurgico, e permettono loro di riposare su di esso con una fiducia sempre maggiore.

Che se a queste considerazioni in appoggio dell'ovariotomia taluni vogliono toglidere valore dicendo che le altre operazioni importanti di chirurgia sono di necessità, mentre l'ovariotomia è di elezione, e che sono bensì giustificate le vittime di quelle non già le vittime di questa, io risponderò che ben molte operazioni si praticano le quali, se risparmiate, lascerebbero per molti che la vita continuasse più a lungo: risponderò che i patimenti degli ultimi mesi di decorso dell'ovariocisti giustificano il tentativo di ridonare la salute; che la sicurezza della morte e di una morte penosa quale si ha nei tumori ovarici autorizza a porre sulla bilancia da una parte il sacrificio di qualche mese di vita, dall'altra la probabilità abbastanza valutabile (dietro gli ultimi risultati e dietro una più chiara cognizione dell'argomento) di ottenere una guarigione radicale; dirò infine che dovendo pur sempre di necessità intervenire sulla fine del decorso per alleviare i patimenti, ed essendo tale specie di intervento un semplice palliativo, spesso fatale alla prima volta, non è contro la logica certo il tentare in tempo più opportuno e meno avanzato un mezzo che non è assolutamente letale: dirò infine che a stabilire se o no debbasi ricorrere al maggiore soccorso chirurgico devono concorrere il volere della donna e le condizioni di famiglia e di società in cui dessa vive, purchè l'inferma ed i parenti siano imparzialmente edotti dello stato delle cose, del naturale esito della malattia, non che dei pericoli, delle probabilità e dei vantaggi inerenti alle operazioni minori ed alla maggiore contro di essa applicabili.

Ma lasciando le cifre ed i confronti, lo studio della parte veramente clinica dell'ovariotomia ci prova ad evidenza il diritto ch'essa aveva fin da principio di essere accettata senz'altro fra le operazioni veramente utili di alta chirurgia, e prova in pari tempo che il diseredito, in cui la fecero cadere i risultati tristi dei primi tempi di sua vita, è effetto diretto dell'imperizia diagnostica, operativa e curativa, e del poco criterio che, per pura mancanza di pratica, i primi operatori s'erano fatto sulla diversa entità morbosa dell'ovariocisti, sulle sue complicazioni e sulle condizioni generali che necessitano nelle diverse pazienti per avere buoni risultati. Vedansi infatti quante operazioni sulle prime fallirono per il fatto che all'apertura del ventre fu trovato, alla vece di un cistovario, una gravidanza, una fibroma dell'utero, un carcinomacistico, un tumore qualunque del ventre: vedasi infatti quante volte l'esportazione fu parziale per indeterminate aderenze, quante volte fu intrapresa su donne la cui vita era già agli estremi per emaciazione o la cui pochissima resistenza organica avrebbe dovuto imporre il non intervento: e da un altro lato veggasi quanti perfezionamenti furono introdotti nell'atto operativo, quanti ripieghi per gli ac-

cidenti imprevedibili, quante cautele per ovviare all'emorragia, per avere un più facile scolo ai prodotti marcescenti, una più facile riunione delle pareti incise, quante pratiche utili ci insegnano i felici operatori moderni per prevenire gli accidenti generali consecutivi all'operazione, compagni allo stadio di riparazione.

Non basta leggere nelle cifre statistiche la prova che l'ovariotomia ha oggi acquistato maggiori probabilità di riuscita fortunata in causa dell'esperienza: bisogna seguire la storia clinica segnata da questa operazione, leggere attentamente le narrazioni dei casi pratici, felici o no, che ci narrano i primi ed i più recenti operatori, per formarsi un giusto criterio del suo valore e convincersi che i benefici suoi, non che già valutabili, debbono riuscire ancor più rilevanti.

Conviene sperimentare altri mezzi prima di ricorrere all'ovariotomia? Trattandosi di un cistovario follicolare semplice lo svuotamento e l'iniezione iodica, per le ragioni che espressi già in addietro, debbono sempre essere tentati dapprima: che se le cifre non parlano molto in favore di questo mezzo, e dimostrano che solo in mano di pochissimi ebbe lodevoli risultati, pure non va scordato che ulteriori insegnamenti verranno a definire più esattamente di quanto si fece per lo passato, le condizioni volute per il migliore suo esito, e che con esso s'arriva a guarigione radicale. Queste due considerazioni sull'iniezione iodica valgono a rispondere al quesito posto da taluni se per l'afidrosi follicolare, in cui le aderenze sono spessissime volte nulle o scarse, debba essere preferita l'estirpazione all'iniezione iodica, calcolando sulla minore estensione di taglio addominale necessaria, attesa la facile e grande riduzione del tumore, calcolando il pericolo che si ha della peritonite tanto per l'incisione quanto per il possibile passaggio d'iodio nel cavo peritoneale, calcolando che si ottiene radicale guarigione a tutta prima colla ovariotomia, mentre spesso occorre ripetere due e più volte l'iniezione iodica e rinnovare così i pericoli alla paziente. Egli è certo che il confronto fra l'ovariotomia e l'iniezione iodica nel cistovario semplice può per una parte reggere, ma è pur certo che seguendo le massime precauzioni, accettando quanto si va sanzionando dai pratici allo scopo di rendere l'iniezione sempre più innocente e fortunata, il chirurgo deve darlo la preminenza quando trattasi di afidrosi follicolare. Sarà solo dietro espresso volere della paziente, informata coscienziosamente dei pericoli e delle probabilità inerenti all'una e all'altra operazione, e sarà solo dopo una o più iniezioni infruttuose, che l'ovariotomia dovrà essere proposta e praticata.

La sconsiglienza poi di esperire pel cistoma e pel cistosarcoma altri mezzi chirurgici prima di ricorrere all'ovariotomia, risulta evidente dalle ragioni molteplici che già addussi in addietro: le quali mirano a proscrivere in genere in simili casi l'iniezione iodica in questa specie dei tumori, ed a dimostrare la pochissima confidenza che deve aver nel metodo di stabilire una comunicazione permanente fra la cavità cistica e l'esterno: non vale perciò il ripeterle qui allo scopo di provare come in faccia all'ovariotomia, questi mezzi perdano completamente di valore.

Resta adunque sanzionato che l'ovariotomia è l'operazione propria del cistoma e dei cistosarcoma e che solo eccezionalmente possa essere ventidata la esecuzione di essa nelle afidrosi follicolari.

Ma l'indicazione di quest'atto dipende inoltre dalla qualità del soggetto e dalla estensione delle aderenze. Condizioni adunque necessarie sono: resistenza organica e nutrizione discreta della paziente in guisa che l'operazione

non sia un'estrema risorsa richiesta d'urgenza che da una vita prossima a mancare — *anamnesi e stato fisico del tumore*, che lascino probabilità di aderenze non estese, non con visceri nobili, che assicurino non approfondarsi il tumore nella cavità della pelvi piccola e che escludano il sospetto di degenerazione cancerosa sì del tumore che di altri organi. Porre la malata nelle migliori condizioni igieniche, predisporla con buona nutrizione all'atto operativo, trovare in essa la tranquillità piena dello spirito e la speranza della guarigione, costituiscono altrettanti elementi che assicurano sempre più il risultato.

Io espresso fin qui le mie convinzioni intorno al valore delle singole operazioni proposte a cura dei tumori ovarici; ora mi permetto di riassumerle con una forma diversa, partendo cioè dalle varie specie di ovariocisti ed assegnando ad ognuna di esse l'indicazione operativa.

Una atidrosi follicolare senza complicazioni vuole la puntura e l'iniezione iodica, da ripetersi a seconda della tolleranza e dei vantaggi verificati nella prima operazione.

Una cisti follicolare con aderenze incontra maggiori pericoli dall'iniezione iodica, ma può essere con tal mezzo operata una o due volte a seconda dei vantaggi e pericoli avutisi. — Che se pochi furono i primi, gravi i secondi:

1.º può essere condotta a suppurazione con una fistola permanente, notando però la lunghissima serie di mesi che la paziente deve passare in uno stato infermo, di patimenti che ne sono compagni, le eccezionali condizioni fisiche di robustezza necessaria per tollerare una ingente e interminata suppurazione, ed il pericolo tanto di soccombere per icoremia o per emaciazione, quanto di non ottenere una completa guarigione:

2.º può essere esportata coll'ovariotomia, quando l'iniezione iodica sia fallita una o più volte, quando la paziente reclami un sussidio radicale, quando la paziente sia in discrete condizioni, quando il chirurgo possa calcolare la sua felice esperienza.

Un cistoma senza o con aderenze parziali e amovibili richiede l'esportazione totale (l'ovariotomia) da eseguirsi a tempo opportuno e in condizioni favorevoli generali della paziente; quando la paziente rifiuta l'ovariotomia può essere istituita un'apertura fistolosa; quando decisa ed incominciata, l'ovariotomia, si veda che aderenze estese e pericolose a togliersi impediscano ogni tentativo di esportazione o permettano solo una parziale escisione è a scelta del chirurgo o il lasciare senz'altro la paziente nelle primitive condizioni, ricuocendo il ventre, o l'istituire un'apertura fistolosa sia per le pareti addominali, sia per la vagina, sia per il retto.

DE-CRISTOFORIS.

LEZIONE XXXI

MALATTIE DELLA VESCICA NELLA DONNA

Infiammazione della vescica, sua forma acuta e subacuta; quest'ultima è più frequente — talora associata alla malattia tubercolare del rene o alla nefrite cronica. — Cistite cronica.

Trattamento delle differenti forme della malattia.

Fistola vescico-vaginale. — Osservazioni sul modo di prevenirla, e sul trattamento preliminare all'operazione per la sua cura.

Fistola intestino-vescicale.

Malattia maligna della vescica.

A prima vista sembra che le malattie degli organi urinari non meritino posto in un corso di lezioni sulle malattie delle donne. Fino ad un certo punto l'obiezione è pur troppo ben fondata; ed io perciò voglio dichiarare subito che non è mia intenzione di entrare nella considerazione di tutto il soggetto così esteso, e occupare il vostro tempo nello studio minuto di malattie che sono comuni ad ambo i sessi, che hanno in ambedue un decorso eguale e si presentano cogli stessi sintomi.

Vi sono però alcuni disordini dell'apparato urinario quasi particolari al sesso femminile ed altri le cui cause e il cui decorso sono differenti nelle donne e negli uomini: è su questi, e solo su questi, che io intendo richiamare la vostra attenzione.

Si rimarcò di frequente il modo con cui la vescica partecipa ai disordini anche delle funzioni dell'utero, e si citarono casi del progresso di serie malattie organiche dell'utero, non annunciate da altri sintomi che quelli di uno stato irritativo della vescica, o di carattere alquanto alterato della secrezione urinaria. Nè qui è tutto, ma non di rado la delitescenza della malattia uterina lascia dietro a sè qualche indebolimento delle funzioni della vescica; o come potestumi di qualche non molto grave attacco di infiammazione d'utero

o delle sue dipendenze rimangono un'irritabilità costante della vescica, dolore nel mingere e talora difficoltà nell'emettere l'urina.

Infatti l'*infiammazione* cominciando nelle parti adiacenti, e col suo propagarsi interessando la vescica, ha una parte assai importante fra le cause di disordine degli organi urinarii nella donna. È di tal modo che l'irritabilità della vescica rimane non di rado dopo un attacco di vaginite, o tien dietro all'aborto o al travaglio laborioso. In tali casi la guarigione sembra a tutta prima quasi completa; ma la menoma causa, quale la congestione naturale dei visceri della pelvi che accompagna la mestruazione, l'esporsi accidentalmente al freddo, o l'occorrere della gravidanza basta per riprodurre mizione frequente, difficile e dolorosa, e rendere l'urina ancora torpida, carica di fosfati e abbondante in deposito di pus o muco. Tali sintomi inoltre continuano per mesi ed anni variando di grado, ora peggio ora meglio, causando malessere per tutta la vita, e tendendo piuttosto a crescere che a diminuire.

Non ebbi mai ad osservare la *cistite acuta* eccetto dopo il parto, quando i suoi sintomi vanno quasi perduti in quelli della più grave infiammazione d'utero, o del peritoneo con cui è complicata. Queste complicazioni quando sono gravi finiscono spesso colla morte, e allora l'interno della vescica si trova non di rado denudato in gran parte della sua membrana mucosa, che si stacca in brandelli, a chiazze oscure e mortificate da una superficie intensamente congesta; il suo stato rassomigliando assai quello offerto dall'interno dell'utero istesso.

Per lo più però il male della vescica è meno grave o almeno più circoscritto, e non essendo associato a seria affezione dell'utero, non riesce pericoloso alla vita. In qualche punto, in cui durante il travaglio la pressione del capo del feto fu più considerevole, il tessuto si mortifica, e le angustie della paziente e la disuria trovano un triste sollievo nella perdita involontaria dell'urina. L'infiammazione finì col distruggere il tessuto, e col formare una fistola vescico-vaginale, ma ha pur terminato; e una sofferenza di nuovo genere prende il luogo di quella che la paziente risentiva prima. Ma quest'accidente è per fortuna il risultato non il più usuale dell'infiammazione della vescica; la pressione continuata a lungo sul viscere, o l'incuria in usare del catetere o l'infiammazione dell'utero conducono ad una specie di cistite subacuta assai dolorosa, e assai difficile a curare, ma che non distrugge la vita nè condanna la paziente alla incontinenza permanente dell'urina.

La storia di tali casi è in generale questa. Il travaglio o forse l'aborto fu seguito da un accesso di dolore nella parte bassa dell'addome, con molta sensibilità alla pressione e con difficoltà e dolore ad evacuare l'urina, talora con incapacità effettiva d'urinare. Le mignatte e altri appropriati mezzi tolsero probabilmente gli altri sintomi e mitigarono quelli riferibili alla vescica; ma pure la paziente si trova molestata da una voglia costante di urinare, è in-

capace a trattenere l'urina più di venti minuti o mezz' ora, il desiderio di mingere essendo indomabile, sebbene il dolore nell'atto stesso sia soggetto a considerevoli variazioni. L'urina è alcalina, carica di fosfati, e contenente anche molto muco o pus, la cui quantità però spesso sembra all'occhio nudo più considerevole di quello che è realmente pel deposito abbondante di fosfati con cui si mescola.

La direzione costante della mente alla funzione urinaria accresce senza dubbio la frequenza della voglia di vuotar la vescica, e il bisogno costante di urinare tanto di notte che di giorno rovina la salute della paziente, e ne amareggia dolorosamente l'esistenza. Inoltre ogni circostanza che aggiunge congestione dei visceri pelvici esagera l'irritabilità della vescica. Quindi il periodo mestruo è sempre un'epoca di maggiori incomodi; quindi anche si è sicuri che i sintomi si aggraveranno pei rapporti sessuali, e che la gravidanza sarà sempre accompagnata da una esacerbazione di tutti i patimenti e da un progresso nella malattia.

L'esame della malata non manca mai di confermare la diagnosi a cui ci conduce un semplice dettaglio dei sintomi, sebbene devasi aver presente che, secondo le loro idee preconcepite, le malate daranno talvolta maggior importanza ai segni di sofferimento uterino o vescicale, e, se non interrogate a fondo, diranno ben poco riguardo a quegli altri sintomi, i quali, sebbene forse non meno molesti, pure le hanno impressionate meno perchè supponevano che fossero subordinate in importanza o secondarie nell'ordine del loro svolgersi. La dolentatura alla pressione al disopra del pube è compagna comune di infiammazione di vescica, sebbene in causa dello stato di contrazione dell'organo questo sintomo non sia sempre apprezzabile, a meno che la pressione si faccia direttamente all'imbasso entro la cavità pelvica. Il dito nella vagina generalmente riconosce che tutte le parti sono anormalmente sensibili, sebbene spesso non vi sia alterazione percettibile nella loro condizione. Il semplice aumento di sensibilità, inoltre, non è sempre manifesto a meno che la pressione si faccia sul davanti contro la parete vaginale anteriore; ma allora il dolore che si sente ad un tratto indica la vera sede del male, mentre l'introduzione del catetere eccita dolore quasi intollerabile per la sua intensità e duraturo spesso per molte ore.

Nelle classi sociali elevate la malattia di rado raggiunge tal grado di intensità, quale è qui descritto. Un trattamento appropriato nel primo caso e una cura prolungata consecutivamente, se non tolgono completamente la malattia, la mitigano in generale tanto da ridurla nel peggior caso infermità dolorosa. Tra i poveri però il caso è molto diverso, giacchè la malattia dapprima è trascurata, spesso vi si bada ben poco, e quando la paziente si è ristorata delle conseguenze più urgenti del parto o dell'aborto, dai quali originarono le sue sofferenze, è obbligata a tornare subito alle sue occupazioni ordinarie. Cause in sè stesse lievi, un leggero esporsi a raffreddamento, l'in-

capacità del riposo durante un periodo mensile, gli incidenti ordinari della vita maritata, il coito, la gestazione, l'aborto o il parto aumentano la congestione della vescica e la sua irritabilità. Alla fine la malata cerca di entrare all'ospitale, ma vi resta appena quel tempo da guadagnare qualche leggiero sollievo, non abbastanza per fare qualche vero progresso verso la guarigione. La membrana mucosa della vescica si csulcera, e nelle urine compare sangue in poca quantità, in aggiunta ai depositi di pus o di fosfati che dessa conteneva già prima. La vescica è così contratta che non può più contenere 20 grammi d'urina; e talora gli stessi ureteri si dilatano, l'urina soggiornandovi con minore incomodo per la paziente. Nè i reni restano esenti dal partecipare al male; la loro sostanza si atrofizza, mentre la distinzione tra sostanza corticale e midollare è meno distinta del naturale; si fanno sacciformi, e si trova in generale in grembo ad essi dell'urina torbida, mentre la loro membrana interna è molto vascolare, e l'urina è talora effettivamente purulenta, o in altri termini la pielite susseguo alla malattia della vescica; e con essa l'atrofia del tessuto proprio dei reni. Il genere di morte in questi casi varia assai. Talora la paziente soccombe esantata, e dopo essere stata debole per lungo tempo, muore placidamente ed inaspettatamente; altro volte l'irritabilità dello stomaco diventa così eccessiva che vien rigettato ogni cibo, ogni medicina. Talora molto sofferimento precede la morte, ed io ricordo una povera donna che stava raggruppata tutto il giorno e tutta la notte su un vaso di notte, tanto incessante era il bisogno di nrinare, mentre si lagnava che la mizione le dava bruciore tale come se ne uscisse piombo fuso. Essa stette così agitandosi quà e là nella sua angoscia senza essere sollevata perfino dalle più grandi dosi d'opio, finchè col declinare della vita i suoi dolori anch'essi diminuirono, e alla fine essa si pose a letto per la prima volta dopo molte settimane, distrutta, affranta e per morire. In altri casi i reni cessano dalla loro funzione e al fine non si secerne più nrina, e sopraggiungono sintomi tifoidei (127) dietro i quali la paziente soccombe rapidamente.

Non puossi dubitare che alcuni di questi casi sono in relazione colla malattia tubercolare del rene (*), l'affezione della vescica es-

(*) Il Cav. B. C. Brodie nella sua opera, *Diseases of the Urinary Organs*, a pag. 133 ha fatto un capitolo breve ma assai buono sui sintomi che affliggono la vescica in conseguenza di malattia dei reni, ed ha riferito alcuni dei casi che sembrano essere di malattia tubercolare di tal organo. Rokitsansky (op. cit. vol. II pag. 443) riferisce il deposito tubercolare del rene come accidente secondario, e più comune nell'uomo che nella donna; mentre Louis (*Recherches sur la Phthisie*, pag. 129) riporta l'esistenza di considerevole malattia tubercolare del rene come caso raro. Rayer (*Maladie des Reins*, vol. III pag. 618) tratta completamente dell'affezione, ma

(127) Sintomi più propriamente chiamati *uremici*, perchè dovuti ad intossicazione uremica per ritenzione di urea nel sangue, atteso che la escrezione di questa è cessata col cessare della funzione renale. DE-CRISTOFORIS.

sendo secondaria e subordinata, e ciò anche quando i sintomi durante la vita indicarono quasi esclusivamente essere la vescica la sede del male. È probabile pure che in altri casi l'irritazione della vescica, consecutiva all'aborto o al parto da cui la paziente data il principio della malattia, possa essere stata la causa eccitante del male consecutivo, e che il deposito tubercolare del rene sia realmente prodotto da pregressa cistite. Non ho dati per giudicare della frequenza relativa della malattia tubercolare del rene nei due sessi; certo non è comune nella donna, o forse può essere che sol di rado accada di vedere la fine di una malattia così cronica come sembra esserlo di spesso, una irritabilità della vescica senza causa producendo talora molestia, e mostrandosi ribelle alla cura per anni prima che si sviluppino i sintomi più gravi. Possibilmente i sintomi più acuti coincidono colla propagazione del male alla vescica, sebbene essa vari grandemente, giacchè mentre trovai talora nulla più che intensa congestione della sua membrana interna, l'ho però veduta in altri casi ulcerata, con chiazze di linfa sulla superficie, e l'ho perfino trovata completamente distrutta, essendo la tonaca muscolare scoperta dappertutto, e larghe strisce di fibre muscolari di un rosso vivido attraversando l'interno del viscere in ogni direzione. In un caso il male aveva già passato tal limite, la vescica era perforata in un punto vicino alla sua parte superiore e posteriore, dove l'aderenza di una porzione d'omento aveva solo impedito lo spandersi de' suoi contenuti, e in altri punti restava integro il solo peritoneo. In questo caso, pure la malattia si era estesa anche all'uretra le cui pareti, erano molto ingrossate, mentre la sua membrana interna era distrutta da ulcerazioni, e molte escrescenze verrucose o granulazioni ne tappezzavano la superficie.

In questo, e in altri casi, non è senza dubbio al solo deposito tubercolare, ma piuttosto alla pielite ed alla cistite consecutiva che devono gli intensi dolori della paziente. Ciò che c'interessa il più di ricordare si è che l'infiammazione dei reni e della vescica può accedere come secondaria a deposito tubercoloso, quando pure non vi ha altro sintomo di tubercolosi, ed inoltre tale malattia può fare il suo corso e finire fatalmente senza che avvenga la tisi, e senza che si faccia alcun deposito di tubercoli nei polmoni o altrove fuorchè negli organi ammalati e nelle ghiandole assorbenti in loro immediata vicinanza.

V'è un'altra classe di casi caratterizzati come i precedenti da grande irritabilità della vescica, ma più cronici nel loro decorso, e tendenti mono certamente ad un esito fatale, sebbene ben poco cu-

parla pure di essa come secondaria a malattia tubercolosa in altre località, ed anche per lo più quando tal malattia ha forma piuttosto avanzata. Il dottor Prout (*On Stomach and Urinary Diseases*, 3.^a edizione, pag. 398-400) riporta un'altra classe di casi non connessi con tubercoli, a cui riguardo confessa che le sue cognizioni sono imperfette. Tali casi non sono molto rari nelle donne, essi ben meritano una diligente disamina. Per me dev'essere confessare che essi furono l'obbrobrio del mio comparto di ospedale.

rabili. I loro sintomi sopraggiungono nella prima età adulta, ed avvengono indipendentemente da gravidanza, matrimonio od alcun disordine delle funzioni uterine, mentre i cambiamenti che l'urina istessa presenta non sono molto ragguardevoli. Non è carica di pus, nè abbonda di depositi di fosfati, la sua quantità è alcun poco al di sotto della media, ma il suo peso specifico di rado eccede 1020°, talora è al di sotto; di solito è neutra, leggermente torbida, contenente un legger eccesso di fosfati; talora anche cristalli di ossalato di calce possono ritrovarsi in essa e di quando in quando un po' di albumina, sebbene la sua presenza sia per nulla costante.

La storia di questi casi è di solito molto oscura e spesso presenta null'altro di definito che la voglia di urinare frequente e senza causa accompagnata da dolore ottuso estendentesi dai lombi all'ipogastrio. Questi sintomi vengono così a gradi, che la paziente può appena ricordare la data del loro principio, ma sa appena che per due o tre anni o più una causa di malessere ha a gradi guadagnato su di lei. Lo stato generale spesso continua relativamente senza disturbi anche dopo che l'irritabilità della vescica divenne assai molesta, mentre i sintomi di disordine costituzionale che alla fine vengono in scena, sono spesso di un carattere assai vago e mal definito, come la perdita dell'appetito e delle forze, e un generale disordine gastro-intestinale, con lingua leggermente intonacata di patina gialliccia, e che non si depura sotto qualunque cambiamento di cura. La mia opinione si è che questi sono casi di forma cronica di nefrite, e che, quando mettono la vita a pericolo, la fanno per estensione della malattia alla membrana interna del rene e per sovravvenienza della pielite, con quell'inflammazione cronica della vescica con cui di solito si accompagna. Finchè manca questa complicazione, la malattia mostra poca disposizione a crescere, mentre vi sono lunghe pause nel suo corso, senza però mai una completa cessazione di tutti i sintomi, il dolore lombare scomparendo più presto che l'irritabilità della vescica, mentre, anche quando le cose vanno bene, una causa insignificante, e specialmente l'esporre ad un raffreddamento, basterà a riprodurre tutti i mali con intensità non minore.

Di tutte queste affezioni, quella in cui la vescica è la sede primaria del male è, come era da aspettarsi, la più facile a curarsi, sovente anche allora il corso della malattia sia sempre lento, e la guarigione spesso assai imperfetta. Molti casi di cistite dopo il parto possono riferirsi a mancanza di quella assai ovvia precauzione di introdurre il catetere quando il travagliarsi protrae, o quando la pressione sul collo della vescica fu così forte da rendere la minzione per uno o due giorni penosa e difficile. Un altro errore che spesso pone le basi di questa assai noiosa malattia, è la trascuranza al curare quelle forme più leggeri di cistite che susseguono di frequente ad un lungo travaglio, e le quali, sebbene in molti casi cessino da sé, pure di rado scompaiono così prontamente o completamente se la-

sciate a sè, come quando si applicano poche mignatte all'ipogastrio, e si dia l'uva ursi combinata a qualche sedativo, usando in pari tempo regolarmente del catetere onde impedire ogni ritenzione d'urina. Queste precauzioni inoltre sono forse ancor più frequentemente obliate, sebbene non meno necessarie, nei casi di avvenuta peritonite o in quelli in cui dopo il parto o l'aborto abbia avuto luogo l'infiammazione delle dipendenze uterine, o anche nello stato non gravido, giacchè la cistite subacuta è lungi dall'essere una rara sequela di alcune delle forme più attive di infiammazione addominale nelle donne di tutte le età e in tutte le circostanze.

Se la malattia non venne arrestata al suo osordire, da qualunque causa dipenda, la guarigione sarà per lo meno tediosa. La prognosi circa questo punto può in generale dedursi con discreta accuratezza dalla condizione dell'urina, in cui la presenza di un largo deposito di fosfati è segno più sfavorevole che un abbondanza di pus di muco. In riguardo a ciò inoltre può non essere fuori di luogo l'osservare che nel trarre le nostre conclusioni dalla conversione dell'urina in gelatina coll'aggiunta della potassa liquida, o dall'abbondanza in essa di muco dobbiamo prima assicurarci che non esiste considerevole perdita leucorica o purulenta della vagina, giacchè la sua miscela non sospettata coll'urina condusse talora ad esprimere circa lo stato della paziente un'opinione molto più sfavorevole di quello che realmente fosse.

Finchè la malattia mantiene un certo carattere acuto, la deplezione locale sarà ancora utile e l'applicazione di sei o otto mignatte all'ipogastrio, ripetuta due o tre volte, sarà di maggiore servizio che l'impiego in una sola volta di un numero maggiore. Subito che la sensibilità della vagina permette l'introduzione dello specolo o di un tubo per sanguisugio il suo vantaggio arrecato dal trar sangue dalla parete vaginale anteriore si troverà in generale essere assai ragguardevole (128). La paziente dovrà tenersi a letto, la sua dieta consisterà in brodi, sostanze farinacee e latte con decotto d'orzo e con acqua di Vichy per bibita ordinaria. In questo stadio, inoltre non conosco miglior medicina dell'estratto o decotto di uva ursi (*).

N. 12.

(*) Estratto uva ursi	gram. 4
Tintura iociamo	gram. 12
Tintura d'arancio	gram. 8
Decotto uva ursi	gram. 180
meschi f. mistura da prendersi 2 cucchiaini da tavola ogni 4 ore.	

(128) Sussidio validissimo, e sul quale devesi far calcolo grandissimo sì per il pronto vantaggio che arrega quanto perchè, mentre rimpiazza assai bene il sanguisugio, non ha gli svantaggi di questo, si è il *freddo*: il quale deve essere usato col mezzo di *semicupii freddi* ripetuti in una stessa gior-

Al rimettere dei sintomi più acuti, può migliorarsi la dieta, e l'acido idroclorico colla pareira (*) o dosi di 2 grammi di acido fosforico diluito, ponno sostituirsi alla prima prescrizione, mentre tutto ciò che migliora lo stato generale della paziente servirà probabilmente a diminuire l'irritabilità della vescica. Il vino e i tonici sono spesso giovevoli quando è passato lo stadio acuto del male, e l'urina, sebbene non normale in carattere, viene secreta in quantità sufficiente; e talora il chinino e altre volte i preparati di ferro si troveranno molto utili. L'irritabilità della vescica non di rado continua come un risultato di pura abitudine, dopo che sia cessata la malattia da cui proviene originariamente. Forti dosi di tintura di squieloruro di ferro, circa 15 o 20 gocce tre o quattro volte al giorno, di spesso mitigano questa condizione; mentre è utile anche il dare 1 a 2 centigrammi di morfina ogni sera onde menomare la voglia incessante di urinare, la quale in caso diverso priverebbe la malata di sonno. Però qualcosa resterà ancora da ottenersi dagli sforzi volontari di superare un'abitudine la quale, se non frenata, impedirà di molto il benessere della sua vita avvenire. Durante la convalescenza la malata deve guardarsi assai attentamente dal prendere freddo e da ogni disordine della sua funzione mestrua, ogni ritorno del cui periodo produrrà per molto tempo qualche risveglio dei suoi incomodi passati, ed una minaccia almeno di riaccensione della sua anteriore malattia. Infine devo aggiungere essere sconvolgente che una donna maritata ritorni ai rapporti sessuali, all'eccitamento locale del coito, e al rischio di gravidanza finchè la sua guarigione non sia ben stabilita.

Sfortunatamente la cistite si incontra meno di frequente (almeno tra la classe più povera di pazienti) nella forma subacuta che nella forma decisamente cronica, in cui, oltre al pus ed ai fosfati, l'urina contiene una gran quantità di muco assai tenace, è molto alcalina e di un odore forte ammoniacale. In questa condizione, ad onta di un grado assai intenso di dolentatura locale e di una voglia frequente di urinare, non si deve ricorrere alla sottrazione di sangue; giacchè indebolisce le forze generali della malata senza alleviare il

N. 13.

(*) Estratto di pareira	grm.	4
Acido cloridrico diluito	gocce	40
Iidroclorato morfina	centigr.	3
Decotto di pareira	grm.	180
M. f. mistura.		
Da prendersi in 4 parti eguali, una volta ogni sei ore.		

nata e prolungati quanto più si può; cogli *epitemi gelidi* all'ipogastrio senza interruzione giorno e notte e ricambiandoli frequentissimamente; colla *re-sicca di ghiaccio* all'ipogastrio mantenutavi per un giorno intero o per più ore di seguito, riapplicandola dopo poche ore di riposo. DE-CRISTOFORIS.

suo male. Un primo passo verso il mitigare le sue sofferenze è il porla a letto: mantenendosi così la temperatura uniforme della superficie si previene l'azione pronta antagonistica dei reni, mentre la disposizione alla congestione dei visceri pelvici è di molto diminuita dalla posizione orizzontale. Durante l'intero decorso di uno di questi casi, l'opio è il rimedio su cui sotto una od altra forma deve porsi la maggiore fiducia, e la sua efficacia eccede di molto quella di qualunque medicina che si suppone esercitare un'influenza specifica sulla vescica. Di queste medicine, le due più utili, l'ava ursi e la pareira, si è già parlato. Quando questi rimedii vengono meno sotto la forma già da me suggerita, ho veduto risultare vantaggi dalla combinazione della pareira con piccole dosi di copaiba o coll'acido benzoico. Talora anche, specialmente quando la secrezione dell'urina è scarsa, il benzoe solo riuscì giovevole, sebben ostacolo non raro per alcune di queste medicine sia la nausea che danno allo stomaco, il sollievo del male locale essendo ottenuto a spese della salute generale.

Parocchie volte esperimentai le iniezioni entro la vescica nei casi, in cui la condizione dell'urina era assai alterata, e in cui conteneva molto muco grumoso. A questo intento, dietro i suggerimenti di Sir B. Brodie, usai una decozione di capi di papavero, a cui ben di rado aggiunsi pocho gocce di acido nitrico diluito. I casi però nei quali questo processo fu tollerato furono affatto eccezionali, e quasi sempre si destò un dolore così forte e permanente da costringermi a desistere dal ripetere l'esperimento. Anche quando era sopportato due o tre volte e dava garanzia di produrre qualche bene durevole pel miglioramento che induceva nello stato delle urine, mancava di rado dal produrre dolore, e precludeva perciò l'uso continuato del mezzo. Una ragione di questa non riuscita (giacchè non credo si sia mancato nella scelta dei casi o nell'applicazione del rimedio) può forse essere stata, che la persistenza della cistite cronica nella donna per un tempo abbastanza lungo, in generale se non sempre, produce un'irritazione dei reni ed una specie di pielite subacuta. Sembra inoltre esservi molta tendenza del male in questi casi a terminare coll'ulcerazione della membrana mucosa della vescica, ed a non arrestarsi colla produzione di quell'ipertrofia che è così comune nell'uomo.

Un altro processo, al quale ricorsi talvolta nei casi di cistite cronica con molta irritabilità della vescica, fu l'applicazione di un setone appena al disopra della sinfisi del pube. Vidi deciso vantaggio dal suo uso specialmente in quei casi in cui l'irritabilità della vescica era fuori di proporzione colla somma del male palese; sebbene per sua natura questo sia un rimedio a cui non possiamo ricorrere molto di frequente.

Forse non è giusto l'abbandonare l'argomento dell'infiammazione nella vescica senza una parola riguardo a quei casi tristi in cui la vaginite, che tien dietro al parto, finisce colla mortificazione dei tessuti o colla formazione di una comunicazione fistolosa tra la ve-

scica e la vagina. Non v'ha dubbio che nella gran maggioranza dei casi questo accidente debbesi alla dilatazione dell'intervento istrumentale nel parto laborioso associata all'ommissione dell'uso del catetere. È straordinario quanto spesso si trascura questa ultima semplice precauzione, come spesso si accetti l'asserzione della paziente o della sua infermiera a prova concludente che siasi vuotata la vescica, mentre il professionista, forse conscio della sua nessuna perizia nel praticare questa piccola operazione, troppo facilmente trova una scusa per non accingersi a fare ciò che egli sa farebbe malamente, e teme di non potere compiere affatto. La produzione della fistola vescico-vaginale è da attribuirsi molto più spesso a questa trascuranza del catetere ed al non intervenire cogli strumenti al più presto quando è necessario, che non a qualche offesa diretta prodotta cogli stessi strumenti. Anche dopo terminato il parto la stessa negligenza a mantenere vuota la vescica non solo aumenta le angustie della paziente, ma aggrava di molto la cistite, forse inevitabile, e riduce il caso in sommo grado inadatto ad ogni tentativo di cura col mezzo di un'operazione plastica.

Qualunque volta, pel prolungarsi del travaglio e pel lungo fermarsi della testa nella cavità pelvica, vi è ragione per temere che avvenga l'infiammazione della vagina, il suo possibile esito in sfacelo o nella formazione di una fistola deve sempre aversi presente, e debbesi dirigere l'attenzione molto attentamente alla condizione locale della paziente come anche ai suoi sintomi generali. La vescica deve essere vuotata regolarmente con un catetere elastico ogni sei ore, bisogna applicare costantemente all'ipogastrio un cataplasmo caldo e fomenti di capi di papavero alla vulva, mentre la vagina deve essere accuratamente schizzettata due volte al giorno con acqua tiepida, usando subito del sanguisugio locale alla prima invasione dei sintomi di cistite. Lo stato delle parti non debbesi giudicare dietro le relazioni che si ricevono, ma debbesi ispezionare ogni giorno; precauzione che, sebbene specialmente necessaria quando ebbe luogo qualche lacerazione del perineo, merita pur sempre di essere presa in questi casi giacchè l'apparenza della vulva dà un indizio dello stato generale della vagina. Se la secrezione della vagina assume un carattere anormale e se in essa compaiono lembi di membrana mucosa, possiamo esser certi che ebbe luogo sfacelo; e sebbene possa essere superficiale, pure di ciò non possiamo essere sicuri, mentre lo stringimento del canale e la formazione di cicatrici sono i suoi risultati quasi inevitabili. L'iniezione calmante usata da principio bisogna allora cangiarla con altre di natura più stimolante: o quando le parti cominciano a guarire sarà conveniente introdurre una grossa candelletta di gomma elastica entro la vagina, e lasciarvela qualche ora tutti i giorni affine d'impedire che tra le superficie opposte della vagina si formino aderenze, le quali chindono talora quasi completamente l'orificio dell'utero, e dividono lo stesso canal vaginale in due scompartimenti, nel superiore dei quali si apre l'intero. Nè queste

sono le sole conseguenze possibili dello sfacelo della vagina, ma in proporzione dell'estensione del male la vagina si accorcia, i bordi di ogni fistola sono mantenuti in permanenza allontanati, diminuisce lo spazio tra l'apertura e il collo dell'utero mentre il tessuto della cicatrice, su cui l'operatore deve calcolare per la chiusura dell'apertura, è dotato di vitalità minore dei tessuti non alterati, dei quali, se il male fu circoscritto, egli può sperare di approfittarsi.

Supposto che su tutti questi punti sia rivolta la debita attenzione, la questione che si presenta spontanea poi riguarda l'epoca dopo il travaglio, nella quale deve tentarsi ogni operazione per la cura della fistola. Ora io credo che nulla debba farsi nei primi tre mesi almeno dopo il parto, giacchè la suscettibilità all'infiammazione è maggiore nella donna che ha di recente partorito od abortito che non in altra circostanza, mentre non solo tutte le operazioni plastiche attornio agli organi sessuali sono accompagnate da qualche rischio, ma un grado di infiammazione locale, sebbene affatto incapace a riuscire di pericolo alla paziente, può pure bastare a distruggere ogni lusinga di riuscita della più diligente operazione. Un'altra ragione inoltre di ritardo si è che entro certi limiti un'apertura fistolosa è probabile si contragga; ed è bene di ottenere tutto il miglioramento che la natura può produrre prima di ricorrere a qualche processo chirurgico. Oltreccìò è anche della maggiore importanza che una persona sia nella migliore salute possibile prima di intraprendere l'operazione, e non è da rimproverarsi quella dilazione che porge l'opportunità pel miglioramento della sua condizione generale e dello stato dell'urina. In generale ambedue camminano di pari passo, ed io opino che l'operare quando la salute è debole e l'urina abbonda di fosfati, è perdere completamente ogni occasione di beneficiare la nostra paziente. Se l'apertura nella vescica è piccola, cosicchè l'urina può essere trattenuta per un'ora circa in certe posizioni del corpo, si può dilazionare un mese o duo di più, purchè la vescica tolleri l'introduzione frequente del catetere; operazione cui la paziente ben presto imparerà a farsi da sè. Però non intendo raccomandare di tener il catetere costantemente in vescica; giacchè di pochi giorni in generale è l'estremo limite durante il quale la paziente può tollerarlo; divenendo allora la vescica irritata dalla sua presenza, da costringerci a levare lo strumento. Ancora meno vorrei patrocinare l'uso del tampone o di ogni mezzo meccanico per arrestare lo scolo dell'urina. Tutti i congegni irritano e forse intralciano quella condizione salutare delle parti, che è tanto essenziale ottenere. Perciò in tutti i casi in cui l'apertura è larga, e in cui l'urina non è trattenua, la dilazione continuata, dopo che gli effetti di processi puerperali sono cessati, non risponde a ciascun utile scopo, mentre quando per tale ragione si aspetta dobbiamo accontentarci dell'uso giornaliero del semicupio tepido, dell'iniezione di acqua calda in vagina e di attenta abluzione e scrupolosa nettezza, come mezzi a prevenire l'irritazione delle parti causata dallo scolo continuo dell'urina.

Sarebbe fuori del mio campo l'entrare in dettagli concernenti l'operazione per la chiusura della fistola vescico-vaginale (129). Due soli punti posso riferire. L'uno riguarda l'utilità del canterio galvanico, specialmente nelle fistole più croniche, nelle piccole, o in quelle le cui dimensioni furono ridotte da altri processi operativi. Dalla sua frequente applicazione in un caso il mio collega dottor Paget ottenne una guarigione completa. L'altro punto si riferisce al gran merito tanto del modo di operare adottato dal dottor Sims d'Alabama (*) come anche del suo catetere curvo, che spesso rimane in vescica senza alcun disturbo e senza alcuna modificazione della giacitura per parte della malata, e che risponde allo scopo di impedire ogni scolo di urina dalla ferita molto più efficacemente di quanto lo faccia un catetere di forma ordinaria. Anche questo però irrita dopo pochi giorni, e richiede sia lasciato in sito per un tempo meno

(*) *American Journal of Med. Sciences*. Gen. 1852, ed un opuscolo col titolo *Silver Sutures in Surgery*. New-York, 1858. I suoi primi e i suoi ultimi suggerimenti offrono in vero molti punti di differenza, ma sembrano tutti tendenti a semplificare i mezzi di mitigare questa molto angosciosa infermità, e aumentare la probabilità della sua guarigione.

(129) Quantunque l'operazione della fistola vescico-vaginale sia di pertinenza anche del ginecologo, pure io mi ritengo dal narrarne i diversi metodi operativi, perchè da un lato se volessi qui farli conoscere esattamente vi vorrebbe troppo spazio (negato già dalla mole del libro), e da un altro lato poca utilità e poca chiarezza potrebbesi raggiungere quando si volesse darne soltanto una succinta descrizione. Mi limiterò ad accennare i lavori originali ed i trattati complessi dai quali giova attingere le più esatte e proficue cognizioni in argomento.

Roonhuysen, *Philosophical Transactions*, Amsterdam 1663, vedi Hergott. *Etudes hist. sur l'oper. de la fistule vescico-vaginale*. Paris et Strasburg 1864.

Jobert — *Bulletin de l'Academie de Med.* 1837 T. 2.^o

Traité de Chir. plastique T. 2.^o, Paris 1849.

Traité des fistules vescico-uterines, vescico-utero-vaginales, utero vaginales et recto-vaginales, Paris 1852.

M. Sims — *Silver-sutures in Surgery*, ecc. New-York 1858,

Hayward de Boston — *American Notes*, 1839 XXIV, 283.

Boston Medic. and Surgic. Journal 1851.

Simon di Rostock — *Ueber die Heilung der Blasencheidenfisteln*, ecc., Giessen 1854.

Ueber die Operation der Blasen-Scheidenfisteln durch die blutige Naht, ecc., Rostock 1862.

Monteros — *Essai sur le Traitement des fistules genito-urinaires chez la femme*, Paris 1864.

Bozeman — *Remarks on vesico-vaginal fistule*, Montgomery T. V. 1856.

Una buona parte dei trattati di Ginecologia, massime gli Americani e gli Inglesi, contengono la descrizione esatta d'ogni metodo e modificazione di metodo, a complemento della storia di questa operazione. DE-CRISTOFORIS.

breve di quello che per sè stesso può in via ordinaria essere ancora utile; inconveniente che forse può essere ovviato quando, col mutare la materia di cui è composto, lo si rende più leggiero (130).

Non è necessario dir molto circa l'accidente raro della *fistola intestino-vescicale*; perchè le circostanze sulle quali essa avviene non hanno un nesso stretto coi mali sessuali della donna. L'ho trovata solo tre volte. Nel primo caso era associata a malattia maligna dell'utero; e la disuria e la defecazione dolorosa esistevano da due o tre anni, la sua comparsa coincidendo colla comparsa di un tumore indurato nelle regioni iliaca sinistra ed inguinale; la scarica della materia fecale coll'urina aveva avuto luogo 4 mesi prima dell'ingresso della paziente all'Ospitale. Nel secondo caso il male susseguì all'ulcerazione delle intestina durante una febbre sopravvenuta nove settimane prima, e determinata colla formazione di una saccoccia comunicante al disopra colla curva sigmoidea del colon e al di sotto col retto e colla vescica. Questa paziente morì nel decorso di poche settimane, ma meno in conseguenza della malattia locale che del progressivo aumento dell'estenuazione prodotta dalla febbre. Il terzo caso fu quello di una giovine signora, in cui la soppressione dei mestrui per raffreddamento, fu riferito ad infiammazione che interessava, fra le altre parti, le dipendenze uterine del lato destro, ove si formò un tumore distinto. Questo tumore, dapprima affatto solido, divenne poscia più molle, e poi diminuì di volume. La sua diminuzione non fu accompagnata da alcuna perdita molto marcata di pus; ma verso quell'epoca nell'urina cominciò a mostrarsi materia fecale e purulenta, e continuò così meschiata per tre settimane prima che io la vedessi. In questo caso, come negli altri due, la sensibilità della vescica era così forte che ogni tentativo di iniettarla con acqua tepida fu intralasciato per necessità; ma si ebbe un gran sollievo dall'uso di mezzi assai semplici, quali l'impiego dell'ura nrsi, dell'acido idroclorico e della pareira, e l'amministrazione dell'opio e della morfina per mitigare le sofferenze e togliere l'irritabilità della vescica. Nel caso della giovine signora, inoltre, a cui riguardo solo v'era molto a sperare, la comunicazione fistolosa si chiuse nel corso di due mesi, e dopo un anno la vidi in perfetta salute; una mobilità leggermente diminuita dell'utero essendo la sola traccia che restava del serio male superato.

Non mi ricordo di aver trovato quelle *escrescenze o polipoidi, tumori molli fungosi* della vescica, il cui vero rapporto colla malattia maligna non è ancor bene determinato. È ben possibile che in alcuni casi di disuria venuti a mia cognizione i sintomi possano esser

(130) L'alluminio è forse il metallo destinato a portare questa vantaggiosa modificazione al catetere di Sims, come già recentemente fu fatto coi pessari Americani, resi per suo mezzo leggerissimi e inalterabili ai secreti uretro-vaginali.

derivati da questa causa; ma attualmente non si conosce alcun segno patognomiconico della loro esistenza, e sebbene in tutti i casi oscuri io usi di ricorrere al sussidio del microscopio, non sono mai riuscito col suo mezzo a diagnosticare alcuna escrescenza della vescica (*) (131). In parte infatti queste produzioni si conformano alla stessa regola delle franche malattie maligne della vescica, giacchè mentre non sono molto comuni nell'uno o nell'altro sesso, sono ancor più rare nella donna che nell'uomo. Di 10 casi di malattia fungoide della vescica ricordati nelle *Transactions of the Pathological Society* (**), ve ne furono soli tre in cui il soggetto era una donna, e allo stesso modo dei sette casi di malattia carcinomatosa della vescica sui quali Lebert fonda le sue osservazioni, sei accaddero nell'uomo (***)).

Nel solo caso di *malattia maligna primaria* della vescica che sia venuto a mia cognizione, la malata era una vedova di 62 anni, che aveva sofferto per un anno precedente di dolore alla regione della vescica, aggravato dopo la mizione, la quale divenne più frequente del naturale, mentre all'istesso tempo l'urina divenne torbida e depositava un denso sedimento. Allora compariva sangue nell'urina, talora in piccola quantità, talora in grumi, e circa tre mesi prima che io la vedessi ne perdette una buona quantità tutto ad un tratto. Essa aveva ultimamente sofferto dolore dorsale, e da due mesi l'urina era sempre stata densa per sedimento viscoso. Non crasi adottata cura che tre settimane prima del suo ingresso all'Ospitale, allora quando la paziente si rivolse ad un chirurgo che introdusse un catetere, operazione seguita da molta emorragia, che durò parecchi giorni, sebbene fosse poi arrestata coll'acido gallico.

Alla sua ammissione all'Ospitale l'aspetto della paziente era sano, il polso era a 80 e molle, la lingua leggermente intonacata, le intestina regolari. Non si sentiva tumore alcuno nel ventre, ma una pressione sostenuta appena al di sopra del pube produceva qualche dolore. L'utero era in alto, piccolo, il suo tessuto molle e perfetta-

(*) L'opinione generale, e quella adottata da Rokitsansky, op. cit. vol. III, p. 460, si è che queste escrescenze appartengono tutte alle malattie maligne. Sibley però sostiene un'opinione contraria nelle *Transactions of the Pathological Society*, vol. VII, pp. 256 e 214, basata su osservazioni microscopiche assai attente. Gross, *On the Urinary Organs*, 2.^a ediz. Filadelfia, 1855, p. 324, accennando a queste produzioni sostiene il loro carattere non maligno.

(**) I tre casi nella donna sono riportati nel vol. V, p. 200, vol. VII, p. 256, e vol. XI, p. 154; gli altri nel vol. II, p. 85 e 257, vol. III, pp. 125 e 127, volume V, p. 201, vol. VI p. 258, e vol. VIII p. 262.

(***) Op. cit., p. 876.

(131) L'endoscopio, che la Chirurgia usa per l'esame oculare della vescica nell'uomo, può con maggiore facilità e minore patimento essere usato per la ispezione della mucosa veseicale nella femmina, aggiungendo dati quasi certi e forse facendo conoscere in vita quel segno fisico patognomiconico che finora ci manca della malattia in discorso.

DE-CRISTOROMIS.

mente sano. Sul davanti dell'utero, e cho lo spingeva nella metà posteriore della pelvi, eravi un tumore duro alquanto irregolare sporgente dalla metà anteriore della pelvi nella situazione della vescica, estendentesi apparentemente attorno a quel viscere da ambo i lati, ma molto più a destra. Questo tumore era perfettamente immobile, sembrava connesso colle pareti pelviche, era alquanto dolento alla pressione. Era di tal volume da occupare tutta la metà anteriore dell'orlo pelvico, sebbene non molto approfondato entro il cavo pelvico.

L'urina era pallida, alcalina, depositante muco viscoso, e sotto il microscopio erano percettibili cristalli di fosfato triplo e cellule di epitelio nucleato.

La paziente ebbe molto vantaggio dalla cura durante la dimora di 10 giorni all'Ospitale, ma ritornata a casa in capo a qualche tempo e lasciandosi andare all'intemperanza cui era dedita, cadde e si offese la faccia — accidente che fu seguito da risipola fatale 12 giorni dopo che essa lasciò l'ospitale. Si trovarono alla sezione l'utero e la vagina perfettamente sani; ma tutta la metà posteriore della vescica era occupata da una produzione midollare, a superficie irregolare che protrudeva entro la cavità dell'organo, la sua sostanza essendo in parte solida, in parte quasi semifluida. La metà anteriore della vescica era affatto sana, come lo era pure il tessuto dei reni, eccetto che il destro uretere, essendo compreso nella massa morbosa, era dilatato tre o quattro volte il suo volume naturale, e l'infondibolo del reno destro era enormemente allargato.

Per quanto si potè sapere, la storia di questa paziente fu esattamente quella di una malattia maligna della vescica, e se la vita non fosse stata troncata prematuramente, l'affezione avrebbe senza dubbio fatto il suo corso usuale. L'emorragia sarebbe ritornata più e più volte, e avrebbe più e più indebolito la paziente; l'aumentato tumore avrebbe aumentata la difficoltà della mizione, mentre il progresso della malattia maligna si sarebbe associato collo sviluppo ulteriore della cachessia cancerosa; finchè, sotto l'azione combinata di queste cause, la morte sarebbe alla fine avvenuta in circostanze molto più dolorose di quelle con cui fu di fatto accompagnata.

Come in questo caso, così, io credo, nel maggior numero dei casi di malattia primaria maligna della vescica havvi poca tendenza alla porforazione delle sue pareti e alla propagazione della malattia alla vagina. Lo stillicidio costante dell'urina, che accompagna talora gli stadii più avanzati di questa malattia, non indica necessariamente l'esistenza di qualche comunicazione tra la vescica e la vagina; ma è dovuta in molti casi in parte all'invadere il male la cavità della vescica, in parte all'essere le sue pareti diventate rigide per malattia, e specialmente all'infiltrazione carcinomatosa del tessuto del collo della vescica. L'osservazione di Kiwisch (*) merita di essere

(*) Op. cit., vol. III, pag. 308.

WEST. — *Malattie delle donne.*

qui ripetuta, che cioè il manifestarsi dell'incontinenza d'urina nel corso del cancro dell'utero non è da considerarsi come segno certo dell'avvenuta perforazione della vescica, giacchè frequentemente questo sintomo è soltanto la conseguenza di infiltrazione carcinomatosa del collo della vescica, e specialmente di quella parte che corrisponde allo sfintere, per cui non può eseguire la sua funzione, e così, non chiudendo più l'ostio dalla vescica, permette la perdita costante dell'urina.

Sebbene la diagnosi delle escrescenze fungoidi della vescica possa essere oscura, pure la forma ordinaria della malattia maligna dell'organo sembra essere troppo ben marcata per lasciarci molto nel dubbio. Il dolore senza causa e la difficoltà del mingere accoppiata a voglia frequente di urinare, la comparsa a tratti del sangue nell'urina, talvolta in quantità considerevole, e sotto forma di grumi, mentre la secrezione è abitualmente alcalina, morbosa, e deposita un sedimento, sono per sè segni forti della natura del caso, sebbene non abbastanza concludenti, a meno che siano associati con un tumore duro immobile sul davanti dell'utero. In mancanza di segni ottenuti coll'esplorazione vaginale, l'estrema rarità della malattia cancerosa primaria della vescica rende più probabile la supposizione che i reni siano la sede del male.

Non v'ha cura specialmente applicabile alla malattia maligna della vescica. Le indicazioni da seguirsi sono assai chiare, ed entro certi limiti o per un certo tempo il loro adempimento non sembra difficile. Sollevare il dolore cogli opiat, rendere l'urina meno irritante cogli acidi minerali, la pareira, e quelli altri rimedii di cui si è parlato nella prima parte di questa lezione, tenere l'ammalata a letto, e così equalizzare fin dove è possibile per tutte le 24 ore le esigenze della funzione renale, e mantenere la salute generale con buona dieta, e coll'uso moderato di stimoli, sono gli oggetti da aversi di mira. Una volta accertata la natura della malattia, l'introduzione di strumenti nella vescica deve abbandonarsi con ogni cura; mentre se divenisse necessario estrarre l'urina bisogna usare di un catetere elastico senza stiletto con tutta la dolcezza possibile. Però è ben raro che nella donna questa malattia produca l'effettiva ritenzione d'urina, sebbene mi ricordi di una paziente molti anni fa nell'ospedale di Middlesex, in cui l'uretra fu interessata dalla propagazione del prodotto morboso, cosicchè divenne necessario il pungerla la vescica al disopra del pube; operazione alla quale sopravvisse solo pochi giorni.

LEZIONE XXXII

MALATTIE DELL' URETRA E DELLA VAGINA

Malattie dell' uretra. Congestione dell' uretra, più incomoda quale malattia cronica: suoi sintomi e cura.

Tumori vascolari dell' orificio uretrale, loro sede, natura, sintomi e cura.

Ulcerazione dell' uretra; dubbi sulla sua natura sifilitica.

Malattie della vagina. — Vaginite acuta; caratteri della perdita che l' accompagna, distinti dalla leucorrea uterina; sua cura.

Vaginite cronica. — Vaginite granulare, sua vera natura.

Cisti della vagina. — Tumori fibrosi e fibrocellulari della vagina.

Dallo stadio delle affezioni della vescica passiamo poi per una transizione naturale all' esame di quelle che si manifestano all' uretra della donna, classe di mali che, sebbene relativamente triviali, sono spesso accompagnati da malessere assai grave, e non sono facili a curarsi.

Di questi mali un accidente per nulla insolito è uno stato di *indebita congestione dell' uretra*, che si presenta talvolta con una forma acuta, altre volte con un carattere cronico. Nel primo caso assai generalmente accompagna una condizione simile dei visceri pelvici, e perciò la si riscontra principalmente o nelle donne di fresco maritate, o al principiare di un periodo mestruo, o si prova durante le prime settimane di gravidanza. È allora accompagnata da un senso di prurito ed irritazione verso l' orificio uretrale, il quale è più rosso del naturale, leggermente gonfio e sensibile al tatto, mentre il mingere produce una sensazione di scottatura o di taglio vivo, per cui la paziente è indotta a trattenere l' urina più a lungo del solito.

Questo però è un incomodo passeggero, che dura per lo più non oltre la causa che lo produsse, sebbene il suo frequente ripetersi possa senza dubbio terminare nella forma cronica del male che co-

stituisce un'origine durevole di incomodo o di disturbo difficile a togliersi e assai facile a riprodursi. Questa congestione cronica dell'uretra origina da nessuna causa eccitante nelle donne che hanno avuto parecchi figli: l'interruzione alla libera circolazione nei vasi pelvici producendola senza dubbio, per la qual ragione essa talora consegue ad attacchi di infiammazione uterina o ad ascessi pelvici, o si produce durante lo sviluppo di un tumore ovarico od uterino. Essa aumenta inoltre in altri casi le angustie prodotte dalle affezioni della vescica, o si associa colla malattia dei reni e con stati morbosì della secrezione urinaria. In questa forma della malattia v'ha considerevole ispessimento di tutto il canale, che può sentirsi come una corda soda grossa come un dito, od anche più grossa, decorrente sotto la sinfisi del pube, ed alquanto sensibile alla pressione; mentre che se si scostano le ninfie la si può vedere come un grosso tumore alla parto superiore dell'orificio della vulva, avente l'aspetto quasi simile ad un tumore che sorga dalla parete vaginale anteriore (*). La congestione di lunga durata è qui seguita come altrove, da ipertrofia della parte e del tessuto cellulare dell'uretra, e quindi, sebbene il gonfiore possa variare di volume e i sintomi che produce possano essere di molto mitigati, pure essi non scompaiono mai del tutto, e cause leggieri bastano a riprodurli.

Questi sintomi consistono in un senso di pienezza e dolore, accompagnato da voglia frequente di urinare, per niente mitigata dall'atto del mingere. La posizione eretta aggrava questi incomodi, come fa il coito e l'avvicinarsi del periodo mestruo, mentre si ottiene conforto col riposo e colla posizione sdraiata. La tendenza naturale dell'affezione si è, come facilmente si capisce, di diventare più e più incomoda sotto l'influenza di quelle cause che prime la produssero, sopraggiungendo di quando in quando attacchi acuti, durante i quali l'uretra si fa più gonfia e più dolente, e il dolore dell'urinare estremamente forte. Vidi un caso di un attacco di questo genere terminare colla produzione della suppurazione nel tessuto cellulare periuretrale; al punger dell'ascesso ne sortì quasi un trenta grammi di pus; ma in tutte le altre occasioni questi attacchi cessarono quasi spontaneamente e senza condurre ad alcun risultato simile.

Non v'ha altra condizione colla quale, per quanto sappia, può confondersi questo stato dell'uretra. Perciò, la sola precauzione che mi sembra necessaria su questo punto, riguarda la dipendenza talora di questo stato di ingrossamento dell'uretra dalla presenza di una di quelle piccole escrescenze vascolari della sua membrana mucosa le quali, sebbene d'ordinario abbiano sede al suo orificio, sono però talora abbastanza all'interno dell'orificio da sfuggire ad un esame superficiale.

(*) Questo stato fu prima descritto da Sir C. Clarke, *Diseases of Women*, vol. I, pag. 309.

La forma acuta nella congestione uretrale è in genere di così breve durata da richiedere appena appena una cura. Un semicupio tiopido, l'astenersi per qualche tempo dal coito se i sintomi tennero dietro al matrimonio, lasciare tutti gli stimolanti, l'usare bibite diluenti, miti, bere acque leggermente alcaline, come quella di potassa o l'acqua di Vichy, in generale corrispondono ad ogni intento. Nella forma cronica del male, associata a maggiore o minore ipertrofia del tessuto dell'uretra, è essenziale il riposo assoluto e l'evitare ogni causa, quali il coito, per cui può eccitarsi o mantenersi la congestione nei visceri della pelvi. Infatti in generale, se l'ipertrofia uretrale è appena considerevole, il coito è accompagnato da tanto malessere da condurre al suo disuso. Una o due mignatte applicate col mezzo di un piccolo tubo di vetro all'uretra istessa, e ripetute settimanalmente o due volte la settimana per un breve tempo, in generale procurano un gran sollievo. L'uso frequente della spugna fredda, o delle lozioni astringenti fredde, o del semicupio freddo assicurano il miglioramento che la deplezione e i mezzi dietetici accurati hanno ottenuto. Ho però trovato che ogni tentativo di usare della compressione, come vien suggerito da Sir. C. Clarke, era accompagnato da maggior disturbo che vantaggio, e perciò mi accontento (dacchè non può aspettarsi lo smaltimento del tessuto ipertrofico) di spiegare alla paziente la natura del suo male e i mezzi semplici con cui, sebbene non possa attendersi una cura, essa possa procurarsi da sè grande mitigazione.

Sotto il nome di *tumori vascolari dell'orificio del meato urinario* Sir C. Clarke descrisse un'affezione assai dolorosa, la quale sebbene non sia affatto sfuggita all'osservazione di antecedenti scrittori, ricevette però relativamente poco cenno. Questi tumori sono papille ipertrofiche composte di tessuto elementare fibro-cellulare, coperte da uno strato di epitelio pavimentoso, il cui spessore varia molto nei diversi casi, e dotate di molti vasi (*). Esse crescono dal margine inferiore e spesso anche dal margine laterale dell'orificio dell'uretra, ma quasi mai ne interessano tutta la circonferenza o sorgono dal suo bordo superiore. Talora sono fornite di un peduncolo, la massa del tumore in tal caso sporgendo fuori dell'orificio dell'uretra, ma spesso sono sessili, e allora ne distendono l'apertura, lasciando uno stretto passaggio alla parte superiore dell'uretra, attraverso la quale scorre l'urina sebbene non facilmente, l'ostacolo al suo deflusso ocasionando considerevole dilatazione del canale al di dietro dell'escrecenza. Questi tumori variano molto di volume come di vascolarità e di sensibilità; ma essi in generale non eccedono la grossezza di un grano di pisello, spesso sono più piccoli; ed io non ne vidi mai di più grossi di una nocciola, sebbene siano

(*) Sir C. Clarke, *Disease of Women*, parte I, pag. 308, Paget, op. cit. vol. II, pag. 282, nota; Burford, Norman, *London and Edin. Monthly Journal*, Giugno 1849, che contiene una descrizione della loro struttura microscopica di Queckett; ed anche nel *London Journal of Medicine*, Feb. 1852, pag. 146.

citati casi, nei quali acquistaronò il volume di un ovo di piccione od anche una grossezza maggiore. La vascolarità e sensibilità loro sono in generale proporzionali tra loro; quelli il cui colore è molto vivo dando sangue più facilmente, aventi in apparenza un più delicato epitelo che li ricopre, ed una squisita sensibilità.

Le più vascolari di queste escrescenze sono di un rosso ciliegio vivo, mentre quelle che lo sono meno hanno lo stesso colore della membrana mucosa circostante. Sebbene di spesso uniche, pure in molti casi due o tre tumori distinti son situati al margine dell'uretra o appena all'indentro del suo orificio; e non è raro per nulla di osservare parecchie piccole escrescenze di carattere simile, ma in generale di volume molto più piccolo, sporgenti da differenti punti del vestibolo. Talora infatti esse sono appena più grosse del capo di uno spillo, ma di un color rosso vivido squisitamente sensibili e dolenti. Quelle escrescenze che occupano l'uretra di rado si estendono oltre un mezzo centimetro o poco più lungo il suo canale, ma di quando in quando arrivano più oltre, e si riferiscono casi in cui quasi tutta la lunghezza dell'uretra, era sede di queste produzioni: condizione tante più sfortunata giacchè è quasi impossibile guarirla.

I sintomi, cui danno origine queste escrescenze, sono dolori nel mangiare talora assai violento, sebbene in altri casi in cui la sensibilità del tumore è minore la sensazione sia piuttosto di malessere che di dolore. Assieme a questo v'ha in molti casi dolore nell'atto del coito, e questo dolore è spesso aggravato dalla presenza dei piccoli tumoretti attorno al vestibolo, di cui si è fatto cenno. La presenza loro non induce una voglia frequente di urinare, ma al contrario accade non di rado che in causa del dolore, che accompagna lo sforzo diingere, le pazienti acquistano l'abitudine di rattenere l'urina per un tempo più lungo del naturale. Però quando la lunga durata dell'irritazione ha prodotto quell'ingrossamento dell'uretra, di cui si parlò poc'anzi, i suoi sintomi caratteristici si manifestano con un senso costante di peso e dolentatura, e con voglia frequente di urinare.

Non è possibile dire da che dipendano queste produzioni, sebbene siano per mia esperienza meno comuni nelle nubili che nelle maritate, e nelle giovani che in quelle di media età. Così fra 21 casi di cui conservo ricordo, 18 avvennero in donne maritate, solo 3 in donne nubili. Cinque pazienti erano oltre i 50 anni, 4 tra i 40 e 50, 6 tra 30 e 40, 5 tra 20 e 30 e sol una al di sotto di 20 anni di età. Tutte le donne maritate, meno tre, avevano figliato, e nel caso di alcune delle pazienti v'era la storia di previa vaginite o gonorrea; circostanza che favorisce l'opinione di Scanzoni (*) che in qualche caso queste escrescenze dipendono da progressa uretrite cronica.

V'ha una condizione sotto molti aspetti assai affine a questa o

(*) Kiw'sch, op. cit. vol. III, pag. 298.

che produce alcuni dei sintomi identici, in cui un tumore occupa ed ostruisce l'orificio dell'uretra, formato in apparenza solo da una condizione ipertrofica della membrana mucosa non alterata, una piega della quale intoppa quasi il canale, facendolo dilatare dietro al punto dell'ostruzione, rendendo così l'atto della minzione difficile e doloroso, sebbene scovro della sensibilità squisita che accompagna il tumor vascolare sanguigno. In molti casi quest'ipertrofia della membrana mucosa uretrale si associa alla presenza di piccolo escrescenze della membrana mucosa situato al contorno dell'orificio della vulva o sorgenti dal margine esterno dell'orificio dell'uretra e producenti qualche grado d'irritazione ed anche incomodo nel coito.

La cura di queste escrescenze, di qualunque natura esse siano, è assai semplice, e consiste nella loro completa esportazione, e nell'applicazione alla superficie, donde sorgevano, di qualche caustico forte o del cauterio attuale, onde prevenirne la riproduzione la quale diversamente è assai facile ad avvenire. Io uso di solito applicare il cauterio attuale a questo scopo e perchè ferma il gemizio di sangue, che in uno o due casi a me noti, nei quali non fu usato, fu tanto copioso da destare allarme, ed anche perchè mi parve più efficace di ogni altra forma di caustico a prevenire la riproduzione del tumore (*). L'operazione sebbene breve, è così dolorosa che ben poche malate ponno far senza del cloroformio, e tanto più ne abbisogna l'amministrazione, giacchè è essenziale che la paziente resti assolutamente quieta pel pericolo di offender l'uretra.

La cura onde evitare quest'accidente è infatti la sola precauzione specialmente richiesta per evitare l'escisione di questi tumori; ciò però è tanto più necessario, giacchè l'offesa dell'orificio dell'uretra fu talora seguita da incontinenza d'urina o da difficoltà a trattenerla.

Se dopo l'escisione di queste escrescenze rimane qualche punto in cui la loro esportazione non fu ben completa, o, sebbene non vi sia escrescenza, continua uno stato di vascolarità morbosa dell'uretra, quale talora precede o accompagna la formazione di queste piccole escrescenze, sia l'uno che l'altro stato in generale può esser vinto coll'applicazione due volte al giorno per due o tre settimane del liquor di piombo non diluito.

Vi ha uno stato di *ulcerazione cronica dell'uretra* che io riscoutraí poche volte, e che merita di esser qui riferito, giacchè, sebbene io la credo essere di origine sifilitica, e perciò strettamente parlando fuori del mio campo, non ne trovai ricordo nei trattati delle malattie veneree.

L'affezione fu da me osservata sei volte; due volte in donne maritate, che confessarono di aver avuto malattia venerea; e 4 volte in donne di vita dissoluta, di cui una soffriva contemporaneamente

(*) Il dottor Medoro di Padova raccomandò anni sono in un giornale italiano d'onde venne estratto nel *Jahrbücher* di Schmidt, vol. XXXVII, pag. 186, l'uso del caustico attuale, senza previa escisione, per togliere queste escrescenze. Io non lo usai di tal maniera, ma come un aggiunto all'escisione mi pare assai convenevole.

eruzione sifilitica secondaria. In ogni caso le pazienti adducevano o che si erano accorte di ulcerazioni dell'uretra, o che avevano provato la mizione difficile e dolorosa per epoche varianti da 9 mesi a 5 anni. Due volte la malattia era associata ad un'escrescenza della membrana mucosa dell'uretra, avente i caratteri della forma meno vascolare di quelle escrescenze che descrissi poc'anzi. L'ulcerazione sembra cominciare all'orificio dell'uretra, distendersi da qui in dentro verso la vescica producendo, a misura che si estende, un grande allargamento del canale ed uno stato di dilatazione del suo orificio, cosicchè l'apice del dito può entrarvi facilmente, mentre la superficie è sede di granulazioni grosse, dure, indolenti, che secernono poca quantità di un fluido muco purulento; sono in generale non molto sensibili al tatto, ma assai al passaggio dell'urina. Ricontrai quest'ulcerazione dell'uretra indipendentemente da ogni altra malattia degli organi sessuali, ma l'ho pure osservata in casi in cui la previa ulcerazione aveva distrutto la clitoride e le ninfe, e la vidi associata ad ulcerazione di cattiva indole verso la commissura posteriore delle labbra e verso l'orificio della vulva; come anche a quelle piccole escrescenze condilomatose attorno alla vulva nei casi di tumore vascolare dell'uretra: e queste ultime infatti sono più spesso presenti che mancanti. Quando la malattia ha progredito assai, o dura da un pezzo, il tessuto cellulare attorno all'uretra di solito ingrossa considerevolmente, e vidi la parte inferiore dell'uretra rappresentata da una sostanza densa e cartilaginosa, non dissimile da quella delle labbra di una cervice d'utero ipertrofica e parzialmente proidentice; due volte potei portare il dito lungo tutto il canal uretrale entro la vescica.

Anche quando non è molto avanzata, questa malattia produce difficoltà alla ritenzione o vera incontinenza d'urina, mentre quando si è estesa lungo tutto il canale e lascia la sua apertura beante permanentemente, la malata è quasi completamente incapace a trattenere l'urina. Vidi un caso simile in una donna non maritata, di 22 anni, in cui non v'era la menoma facoltà di trattenere l'urina; infermità che essa disse esistere da molti mesi. Le diedi da portare un pessario elastico, il quale col premere contro e chiudere meccanicamente l'uretra la rese più calma. Una volta anche vidi una prostituta la cui uretra ulcerata era così largamente aperta che vi potevano con facilità passare due dita in vescica. Essa era sempre bagnata d'urina, ma ad onta della sua condizione ributtante essa esercitava tuttora il suo traffico, e nessun argomento potè indurla ad abbandonarlo.

Se questi casi siano veramente sifilitici o se meritano più propriamente di essere classati coll'ulcera rodente o col lupus exedens, non posso ora dire. Da una parte la loro diretta origine sifilitica può sembrare dubbia per la circostanza che solo in un caso evidentemente esiste inquinamento venereo, mentre d'altra parte l'affezione dell'uretra differisce dalle altre forme dell'ulcera rodente, lupus, od

estiomene, per non essere accompagnata dalla stessa disposizione a molto ingrossamento dei tessuti vicini, come nel caso di lupus della vulva, che ravvicina di molto l'affezione a prima vista colla elefantiasi.

Nella sua forma meno grave vidi questo stato migliorare molto, il dolore diminuire nel passaggio dell'urina, e l'ulcerazione cicatrizzare sotto l'uso due volte al giorno d'una lozione composta di grm. 4 ossido di zinco sospeso col mezzo di 15 grm. di mucilagine in 30 grammi di acqua ed iniettata entro l'uretra, mentre che la superficie vien protetta dalla irritazione dell'urina coll'applicarvi in abbondanza un unguento di zinco. Allo stesso tempo l'uso continuo dello ioduro potassico e del siroppo di ioduro di ferro sembrarono esercitare una benefica influenza sulla salute generale della paziente, la quale in ogni caso appariva non troppo buona. Per lo più questi mezzi non riescono più che come palliativi, ma in un caso di lunga durata, quando gli altri mezzi erano stati completamente vani, il ripetere tre o quattro volte il cauterio attuale, fu seguito dal più segnalato vantaggio. Naturalmente fu applicato leggermente in modo da non distruggere i tessuti in profondità: e dietro il suo uso le grosse granulazioni a grado scomparivano, lasciando una superficie sana, il dolore nel mingere cessava, l'uretra allargata si contraeva, e la malata riguadagnava la facoltà di trattenero l'urina. Però non posso dire quanto il miglioramento durasse in questo caso, o quanto convenga la stessa cura ai casi più estremi.

Avvicinandoci alla fine di queste lezioni temo che l'interesse, che io volentieri mi lusingo si sarà trovato in molto grado per gli argomenti fin qui portati a vostra cognizione, diminuisca a quasi ogni passo. Siamo giunti ora allo studio di mali puramente locali nei loro caratteri, spesso infatti dolorosi, sempre noiosi, talora pericolosi, ma che puro prestano poco campo di ricerche, e sembrano fornire poco scopo per l'esercizio delle qualità superiori di chi pratica la medicina. Ma un'osservazione fatta da me alcuni anni fa, quando indirizzava gli anziani della nostra professione, può essere ripetuta anche senza scuse a coloro che sono solo sul principio dell'esercizio della medicina, ed ai quali non si può troppo inculcare che « i mille piccoli mali cui va soggetto il genere umano recano, per la loro frequente ripetizione, altrettanto patimento, producono altrettanta tristezza, e sono perciò così degni delle nostre cordiali fatiche per comprenderli e dei nostri migliori sforzi per rimediarvi, quanto quei mali pericolosi, infiammazioni, febbri, apoplessie, che minacciano la vita solo a lunghi intervalli e di rado (*) ».

Ciò premesso passiamo ora allo studio delle malattie della vagina e degli organi esterni della generazione. E prima fra la malattia della vagina dobbiamo notare, come abbiamo fatto per gli altri visceri, quelle affezioni che sono il risultato dell'infiammazione sotto forma acuta e cronica.

(*) Croonian Lectures, 8.^a Londra, 1854, p. 94.

La *forma acuta dell'infiammazione della vagina*, eccettuati quei casi in cui sopravviene nello stato di puerperio, è probabilmente dovuta più spesso a coito impuro. Però tra la gonorrea e la vaginite acuta dipendente da ogni altra causa non sembra esservi sicura distinzione foruita o dal carattere dei sintomi o dalla loro gravezza, mentre un identico trattamento è applicabile ad ambedue. Quando dipende da contagio gonorrhoico, i sintomi cominciano in generale entro tre giorni dal coito sospetto; ma la vaginito può essero ugualmente provocata dall'esporsi al freddo o all'umido, e specialmente dall'aver i piedi bagnati; da irritazione locale degli organi sessuali, da coito intemperante o non abituale, e a questa ultima causa non di rado devonsi gli attacchi di vaginito moderatamente seria nelle donne di fresco maritate.

Un senso disgustoso di pienezza, di calore, e dolori alla vulva, con voglia frequente di urinare, con dolore o brucioro nell'atto della mizione, sono i sintomi con cui esordisce. Talora a questi incomodi si associa molto gonfiore dello labbra, che sono così sensibili da tollerare appena la posizione seduta mentre un senso di angustia e di peso si estende al perineo, e molta dolentatura all'ipogastrio annuncia che la vescica fu interessata dal progresso dell'infiammazione. Per le prime 24 ore la solita secrezione è soppressa; ma poi comincia a farsi una perdita in grande abbondanza; gialliccia, acre, purulenta, talora con strisce di sangue sempre di odor disgustoso. Questa perdita è specialmente data dall'estremità inferiore della vagina, sebbene vi contribuiscano pure la superficie interna dello ninfe e le parti del vestibolo, e talora l'infiammazione si estenda lungo il canal vaginale, che può tutto finire la perdita. In alcuni casi il male si estende anche più alto; vidi la metrite intorna aggiungersi all'infiammazione della vagina, e due attacchi successivi di vaginito dopo l'intervallo di 18 mesi furono susseguiti nell'istessa malata da peritonite così forte da richiedero ogni volta sottrazione di sangue. Però questi sono pure casi eccezionali, ed il più delle volte l'affezione rimane limitata alla vulva ed alla parte inferiore della vagina.

Se si esaminano le parti durante lo stadio acuto dell'affezione, si mostrano di un color rosso vivo, lucenti e gonfie, mentre se si introduce il dito in vagina si trova il calore di molto aumentato. L'introduzione del dito è perfino quasi sempre assai dolorosa, e la sensibilità così grande da rendere quasi impossibile l'uso dello specolo (132). Durante la gravozza dell'invasione della malattia, si forma

(132) È qui ancora che lo specolo Sims trionfa su tutti gli altri specoli appunto per il principio col quale agisce e sul quale si basa il metodo di esplorazione ad esso speciale. Nel corso di questi mesi più volte i medici che seguono le mie visite nell'ospitale hanno veduto come l'introduzione di questo strumento in vaginiti acute e blenorragiche, riesca indolorosa e spesso indifferente, lasciando scorgere il fornice vaginale e la porzione cervicale uterina; mentre che in quegli stessi individui, che allora osservavano, lo specolo cilindrico non era per nulla tollerato, e quello di Cusco produceva

talora un ascesso dell'uno o dell'altro labbro, di solito, se non sempre, avente sede nella ghiandola del Cowper; ma se questo non è il caso, il gonfiore e la dolentatura generalmente cessano in 4 a 5 giorni, lo scolo perde il carattere acre e l'odore disgustoso, e tranne quando la sua quantità è eccessiva, poco differisce dalla secrezione muco purulenta che costituisce la leucorrea ordinaria.

Questi cangiamenti nella qualità della secrezione sembrano dipendere dalla presenza più o meno abbondante di globuli di pus e d'epitelio pavimentoso della vagina; la cui desquamazione avviene così abbondante nella leucorrea vaginale che ci fornisce, come dimostrò il dottor Fyler Smith (*), un mezzo eccellente di determinare la sorgente della perdita di cui soffre una paziente. Una cognizione simile può anche in molta parte raccogliersi dalla scoperta nella secrezione di piccoli animali infusorii descritti pel primo da Donne, e da lui supposti patognomonici di scolo gonorroico, come distinto dalla semplice vaginite. Però egli subito trovò motivo di abbandonare quest'opinione, sebbene sostenga ancora che il *Trichomonas* non si osservi mai nel muco vaginale sano, ma solo nella secrezione che contiene una buona miscela di globuli di pus. Quest'ultima asserzione è inoltre confermata dalle ricerche di Kolliker e Scanzoni (**), i quali in seguito osservarono che, mentre il *Trichomonas* non si trova mai nel muco cervicale, e per tale circostanza sia ampiamente dimostrato esser desso qualcosa più di una pura cellula di epitelio ciliare, come talora si pensò, pure il *Trichomonas* stesso da una parte non si trova sempre nella leucorrea vaginale e dall'altra il suo sviluppo non è essenzialmente legato allo stadio grave della leucorrea vaginale: giacchè lo si trova in alcuni soggetti di apparente salute, ed in cui la miscela di globuli di pus nella secrezione non è molto considerevole, sebbene sia palese.

Può anche aggiungersi che, siccome il microscopio non può fornirci il mezzo per distinguere la vaginite gonorroica dalla semplice, così nessun sintomo o complesso di sintomi è assolutamente conclu-

(*) *On Leucorrhœa*, etc. capit IV, pp. 51-79.

(**) Vedi riguardo a ciò le ricerche minuziose di Kolliker e Scanzoni, sulla secrezione della membrana mucosa della vagina e dellaervice dell'utero, nel *Beitrag*, ecc. di Scanzoni, vol. II, Würtzburg, 1855, p. 128-146.

dolore vivissimo appena si tentava dilatarne le cucchiaja; in guisa che il solo terzo anteriore del canale vaginale poteva essere messo a scoperto nel lume dello strumento.

Nella pratica privata poi, in altra classe di donne, in cui l'iperestesia vaginale è tanto facile a riscontrarsi, più volte mi sentii dire, da soggetti già stati esplorati con altri strumenti, che quello di cui io mi serviva, cioè lo specolo di Sims, non aveva dato loro alcuna pena, alcun dolore, e pertanto riconoscevano il vantaggio ch'io aveva loro preconizzato di tale modo esplorativo sugli altri che già avevano subito e dai quali, avevano riportato una disgustosa impressione e ricordanza. DE-CRISTOFORIS.

dente su questo punto. L'affezione dell'uretra afforza di certo il sospetto dell'origine gonorroica della malattia; ma l'infiammazione uretrale e lo scolo si riscontrano talvolta in casi nei quali può aversi nemmeno per un istante il sospetto di gonorrea, e secondo Ricord questi due segni mancano parimenti in casi manifestamente dovuti a commercio impuro circa una volta su tre.

È relativamente raro specialmente nella pratica privata che la vaginite o la leucorrea vaginale ci si presenti nel suo stadio acuto. Se avviene, l'uso di semicupi tiepidi, di iniezioni vaginali pur tiepido, il riposo, i lassativi miti bastano di solito ad arrecare sollievo, mentre a misura che cessano i sintomi infiammatorii, le iniezioni di acqua fredda, di liquore di piombo diluito, di soluzioni di solfato di zinco o d'allume freneranno la perdita profusa che rimane dopo. Però di quando in quando, se il dolore è assai forte, la sensibilità grande e considerevole la gonfiezza delle labbra, è conveniente l'applicare 8 a 12 sanguette alla vulva, favorire l'emorragia col semicupio caldo e con un cataplasma caldo di pane ed acqua, e poscia mantenere i fomenti caldi di due parti di decotto di capi di papavero ed una parte di soluzione diluita di piombo applicata costantemente alla vulva. Questi mezzi ridurranno nel maggior numero dei casi, in meno di 24 ore, lo stato di antecedente intenso sofferimento a quello di incomodo assai sopportabile. Talora però la difficoltà e il dolore nell'urinare continuano assai molesti, e in tal caso l'estratto e la decozione di uva ursi con piccole dosi di liquor di potassa e di tintura di iosciamo di rado non arrivano ad arrecare un sollievo assai pronto e marcato. Io inclino a credere infatti dietro la mia esperienza d'ospedale, che la complicazione di vaginite con qualche grado di infiammazione della vescica non riceve di spesso quel grado d'attenzione che merita; perchè mi accade non di rado d'imbattermi con malate nelle quali una disuria assai penosa, risultato evidente di cistite cronica, era riportata ad un'epoca trascorsa, a qualche attacco caduto di leucorrea o gonorrea che aveva avuto luogo mesi prima.

Ma come dissi è più spesso colla *forma cronica del male* che noi abbiamo a fare, e questo non solo nei casi in cui una perdita leucorroica è rimasta dopo la decrescenza di un attacco acuto, ma in un gran numero di casi in cui la malattia fu cronica fin dall'origine. Tali pure sono i casi in cui la leucorrea accompagna la clorosi, e della stessa natura sono quelle perdite abbondanti dagli organi genitali che accadono in fanciulle scrofolose, e che, assumendo talora un carattere subacuto ed essendo associate a molto gonfiore delle parti esterne, furono erroneamente supposte dipendere da atti crininosi di coito. Aggiungo però che la secrezione nel caso di fanciulla ha luogo quasi interamente dalle parti al davanti dell'imen e ed è l'effetto perciò più di vulvite che di vaginite. Ogni condizione che mantiene od è dipendente da congestione venosa abituale dei visceri addominali è facile ad associarsi alla leucorrea vaginale.

Quindi si osserva spesso la perdita non solo nelle donne che soffrono di tumori ovarici o addominali, ma anche in malate soggette a disordini di fegato od affezioni emorroidarie, o che soffrono di costipazione abituale. I tumori e le deviazioni dell'utero, come è quasi inutile di far osservare, facilmente si associano colla leucorrea vaginale; mentre anche in quei casi, in cui la maggior parte della perdita è versata fuori dall'interno dell'utero, v'ha quasi sempre una buona dose di secrezione fornita dalle pareti della vagina.

È evidente che le probabilità di guarigione di questa leucorrea vaginale cronica dipendono interamente dal carattere non complicato del male o dalle malattie colle quali è associato che siono di natura da poter esser tolte. Così la leucorrea che si accompagna ai tumori uterini, mentre per sè non deve eccitare alcuna inquietudine, pure ammette di rado la guarigione; tutto quanto può tentarsi è di frenarla con lozioni astringenti. Per la stessa ragione anche quelle perdite vaginali che si accompagnano a tumori addominali, non ammettono cura; mentre in quei casi in cui sono associate a disordine epatico e congestione addominale, come non è raro il caso nelle donne dopo il periodo medio della vita, nelle quali la mestruazione è cessata, la cura del male locale dipende dal togliere il disordine costituzionale. La leucorrea delle deboli o clorotiche richiede evidentemente un piano tonico di cura, o l'amministrazione dei ferruginosi oltre l'uso dei rimedii locali; mentre nel caso di fanciulle è sempre necessario accertarsi che la perdita dalla vulva non sia prodotta dall'irritazione degli ascaridi nel retto.

Ma per non arrestarmi a cose che sono pressochè evidenti per sè, bisogna che rimarchi alcune delle più utili applicazioni astringenti; poichè bisogna che ci affidiamo principalmente a questi mezzi locali, non ossendovi rimedii interni che esercitano un'influenza diretta sulle perdite vaginali, quanto il cubebe e il copaive fanno sulla leucorrea uterina. Primo tra questi mezzi sta l'uso abbondante dell'acqua fredda, sia per abluzione, sia per iniezione in vagina, o sotto forma di semicupio; perchè quantunque mezzo semplice, e perciò poco usato, è non solo assai efficace, ma in molti casi basta da solo ad arrestare la perdita, e ne previene il ritorno se è continuato. L'acqua può rendersi più astringente coll'aggiunta di circa 6 grammi di allume per ogni mezzo litro d'acqua che deve servirsi per l'iniezione, o coll'aggiungere 12 grammi d'allume all'acqua che si adopera per un semicupio da prendersi sia all'alzarsi dal letto o ad ogni modo nello ore mattutine, non già nel ritirarsi al riposo della notte. Il bagno con allume ha il vantaggio di essere uno dei migliori astringenti ed anche di essere uno di quei rimedii che l'ammalata può prepararsi sempre da sè senza l'intervento del farmacista. Se però fallisse, come a lor volta tutte le applicazioni locali continuate a lungo, puossi avere un'iniezione più potente coll'aggiunta di grammi 4 di tannino per ogni 8 grammi di allume, o col discioglierlo l'allume nel decotto di corteccia di quercia invece che

Alcuni anni fa Deville (*) di Parigi richiamò specialmente l'attenzione a ciò che egli credeva essere una forma previamente non notata di infiammazione di vagina, e a cui per le sue particolarità anatomiche diede il nome di *vaginite granulosa*. Queste particolarità consistono nella presenza di corpi rotondi numerosi, simili a pallini di un color rosso e più vivace di quello dei tessuti adiacenti, nelle depressioni tra le rughe della vagina, e abbondanti specialmente verso la parte superiore del canale. Si credette che questi corpi fossero follicoli ipertrofici della membrana mucosa, e si suppose che avessero molta parte nel secernere la perdita abbondante denso-gialliccia che si versava fuori dalla vagina; si osservò che l'affezione era inoltre connessa assai strettamente allo stato di gestazione, mentre accadeva quasi mai in donne che non avessero partorito in epoca relativamente recente.

Le ricerche di anatomici minuziosi, e specialmente quelle di Mandt (**) mostrarono peraltro, che la vagina è singolarmente destituita di follicoli mucosi, e che questi corpi sono null' altro che papille ipertrofiche. Questa scoperta, mentre spiega l'associarsi della vaginite granulosa collo stato gestante, la spoglia ad un tratto di ogni titolo per esser ritenuta una malattia speciale. Non è altro che la vaginite associata all'ipertrofia delle papille della vagina; stato fisiologico della gravidanza; e che indipendentemente da tale condizione può seguire o accompagnare l'infiammazione, l'irritazione o la perdita che continua da molto tempo.

Trovai due volte *cisti protrudenti in vagina*. In un caso la loro presenza non produsse alcun inconveniente, e la paziente che morì di ascesso fecale, non si era accorta della loro esistenza, sebbene fossero così in basso da protrudere in parte dalla vulva. Due che erano del volume di una castagna erano attaccate alla parete vaginale posteriore, ed erano così resistenti da dare l'impressione che fossero tumori fibrosi solidi. La cisti anteriore era più piccola e più molle, e dava la sensazione di piccolo cistocoele vaginale. La superficie di tutti e tre era dello stesso colore della parete vaginale circostante. Dopo morte si trovò che queste cisti avevano pareti resistenti, fibrose, grosse, che erano tappezzate da una membrana liscia, e contenevano un fluido perfettamente chiaro, tenace, gialliccio e piuttosto viscido, non dissimile della sinovia; la cisti anteriore differendo dalle altre solo per avere le pareti piuttosto sottili. Di natura simile a questa è una cisti descritta da Scanzoni (***) che si era lentamente sviluppata fino a raggiungere la grossezza d'un ovo di piccione; era probabilmente in corso di sviluppo da molti anni, giacchè la paziente da molto tempo provava dolor nel coito, che riferiva alla posizione della cisti, e questo dolore alla fine divenne così intenso da rendere l'atto impraticabile. Il tumore risiedeva al

(*) *Archives de Médecine*, Serie Quarta, tomo V. pp. 305-417.

(**) *Zeitschrift f. Rationelle Medizin*. 1849, vol. VII, p. 1.

(***) Op. cit. p. 470.

lato destro e alla parte anteriore della vagina, era assai sensibile, teso, e dava un senso di fluttuazione. La membrana mucosa che lo ricopriva e che stava vicino ad esso era assai rossa, e v'era abbondante secrezione dalla vagina. La cisti fu aperta e si fecero sortire 100 gram. di fluido sieroso-trasparente dal suo interno, che si sentiva tappezzato da una membrana liscia. Si iniettò una soluzione di nitrato d'argento entro la cisti per 14 giorni affine di prevenire ogni nuova raccolta di fluido, e in apparenza con buon effetto giacchè sei mesi dopo non si scopriva traccia alcuna del tumore. Quasi identica a questa fu la storia della paziente nel secondo mio caso. Essa era donna maritata, di 33 anni, che da circa 7 anni si era accorta di un tumore del volume di circa un ovo, il quale sebbene non doloroso, era però causa di disturbi nel coito, mentre inoltre dava dolore più o meno alla vulva, e da sei mesi eccitava voglia frequente di urinare e dolore nella mizione. La posizione e l'apparenza del tumore erano tali da suggerire immediatamente il sospetto che fosse la vescica procidente, e fu solo dopo l'introduzione del catetere che fu accertato il contrario. Era del volume di un ovo protrudente dalle labbra, e la sua superficie per essere esposta aveva preso molto il carattere del tegumento ordinario. Era elastico, contenente evidentemente fluido, era sitnato alla parte superiore e piuttosto a destra della vulva sorgendo dalla superficie inferiore della ninfa destra o bastantemente mobile da permettere di essere respinto intieramente in vagina; colla puntura si evacuarono quasi 30 grammi di un liquido vischioso, e la cavità fu poi iniettata con parti eguali di tintura d'iodio ed acqua. Le sensazioni incommode furono grandemente alleviate da tal processo, e per alcun tempo almeno fu libera dal tumore; ma non so se il liquido si tornasse a raccogliere (133).

(133) Cisti simili della vagina sono assai rare ed io ebbi occasione una volta di vederne due in vita in uno stesso soggetto. Era una malata fornita dal collega ed amico dott. Cavalleri; una giovane sposa, la quale avvertiva da alcun tempo dopo il parto un senso di pena nell'atto sessuale riferibile al lato destro della vagina e verso la metà del suo tragitto, mentre negli sforzi della defecazione o del mingere sentiva la discesa di un corpo verso l'orificio vulvare. Appunto nella località designata dalla paziente riscontrai un tumore del volume di una grossa noce, ovoido, sessile, mobile, elastico, a superficie uniforme, coperto da mucosa vivamente arrossata; diagnosticai un tumore cistico della vagina, situato nel connettivo sottomucoso, e m'accinsi a snuclearlo, stirando in basso la parete vaginale quanto meglio si poteva. Ma la sottigliezza estrema della membrana cistica e la difficoltà di maneggiare le pinze ed il coltello in uno spazio limitato fecero sì che la cisti si ruppe, e lasciò sfuggire un liquido albuminoso filante, obbligandomi a lasciarla in sito; l'attraversai allora con un ago ed un nastro da setene, e la feci suppurare, arrivando così a distruggerla pienamente in pochi giorni. Di là a molti mesi io rividi quella donna ed esplorandola trovai

La sola cosa di qualche momento riguardo a queste cisti si riferisce alla distinzione tra esse e quei casi in cui la stessa parete vaginale è prolassa, costituendo un rettocele o un cistocele; l'una o l'altra delle quali condizioni, quando dura a lungo, si associa ad ingrossamento della parete vaginale, e può dietro un esame superficiale esser preso per una cisti in tali situazioni. La scomparsa completa del tumore formato dal prollasso della vagina sotto la pressione, e il suo anmento dietro ogni sforzo, associato coi risultati dell'introduzione del catetere, sono mezzi semplici e concludenti per distinguere un tumore per puro prollasso vaginale da altro dipendente dalla presenza di una cisti nelle sue pareti.

V'ha tutt'ora molta oscurità riguardo al modo di sviluppo di queste cisti, sebbene Virchow (*) inclini all'opinione che originino da follicoli mucosi ostruiti. Tale senza dubbio è l'origine di quelle piccole cisti superficiali sottomucose, che hanno sede affatto in basso della vagina specialmente attorno all'uretra, o alla parte inferiore della parete vaginale anteriore, di cui Huguier (**), a cui dobbiamo un buon saggio sull'oggetto, ne fa pure menzione. Queste cisti, le quali sperano di rado il volume di un grosso pisello, e spesso sono più piccole, sembrano essere puramente follicoli mucosi ostruiti, giacchè le loro pareti sono sempre sottili e così trasparenti che si ponno vedere attraverso ad essi i loro contenuti. Queste cisti delle quali confesso di non aver pratica, sebbene Huguier parli di esse come più frequenti delle altre, sembrano non produrre sintomi, ma scoppiare spontaneamente, o rompersi durante il coito, e sono perciò di minore importanza perfino delle altre (133).

(*) *Die Krankhaften Geschwülste*, vol. I, pag. 247.

(**) *Memoire de la Societe de Paris*, vol. I, 4.^o 1817, pag. 226-394.

più in alto della cistrica lasciata dalla prima cisti distrutta, ed allo stesso lato destro della vagina un piccolo tumoretto grosso più di una nocciola, rotondo, elastico, certamente cistico; l'ammalata non volle essere operata, nè seppi se quel tumore si sia ingrandito. D'allora non mi sono più incontrato con neoformazioni simili.

De-CAUSTORRIS.

(133) Devesi fare una distinzione essenziale fra queste cisti, di cui parla Huguier, e quelle di cui narra l'Autore e narrai io le storie: ed io, che ebbi a vedere due esemplari delle seconde e riscontrai più volte anche le prime, penso che la natura loro ne sia affatto diversa. La vagina, ricca di follicoli mucosi, massime nella metà anteriore, verso l'orificio, presenta infatti in questa prima metà più frequentemente che nella metà superiore le cisti di cui parlano Virchow ed Huguier e che assolutamente devonsi a distruzione dei follicoli mucosi, per previa ostruzione del loro orificio escretore: ma queste cisti non raggiungono mai il volume a cui vedonsi arrivare quelle altre specie di cisti (alle quali appartengono le due vedute dall'Autore, quella operata da me, e l'altra veduta in appresso) che si trovano

La mia pratica intorno ai tumori fibrosi della vagina è egualmente limitata, epperò io li credo ancor più rari delle cisti delle sue pareti. Nel solo caso da me trovato, il tumore che era di forma sferica non eccedeva il volume di una noce, non produceva sintomi e rimase affatto stazionario per più di due anni, nel qual tempo l'ammalata fu sotto alla mia osservazione. Però talvolta i tumori che hanno questa origine acquistano un volume molto considerevole; e il fu professore Kivisch (*) riporta da un giornale tedesco la storia di un caso in cui un tumore che pesava più di 5 chilogrammi sorgeva da un peduncolo della grossezza di due dita dalla parete vaginale posteriore, cinque centimetri dall'orificio del canale. I tumori di questa mole però sono probabilmente fibro-cellulari, piuttosto che tumori fibrosi nello stretto senso, e sorgono in origine non tanto dalla sostanza della parete vaginale quanto dal tessuto cellulare che la circonda, ma naturalmente crescono coll'aumentare di volume in quella direzione dove incontrano la minore resistenza, e così alla fine vengono a prendere l'aspetto di tumori peduncolati della vagina. Fu di tale natura, ed ebbe probabilmente tale progresso il tumore che osservai in una paziente venuta in mia cura nel giugno 1857 all'ospedale san Bartolomeo. Essa aveva 33 anni, era da otto anni maritata, ed un anno dopo il matrimonio aveva avuto il suo unico figlio. Essa dichiara di aver abitualmente sofferto di un certo grado di disuria che si era aggravata dopo il matrimonio; ma nell'agosto 1856, dietro arresti di catamenii per raffreddamento, era subitamente peggiorato tanto che fu necessario l'uso del catetere, al quale si ricorreva ad intervalli dopo d'allora. L'urina al primo ingresso dell'ammalata all'ospedale era torbida e mista a sangue, ma la salute generale era buona, e la disuria quasi scompariva sotto l'influenza del riposo e di un trattamento molto semplice. La causa de' suoi sintomi sembrava essere un tumore, largo circa tre dita, alquanto ovale di forma, ma colla sua estremità più grossa rivolta verso l'utero, e che teneva la direzione dell'uretra. Questo tumore era resistente, e con qualche grado di elasticità; la sua superficie era liscia e non sensibile alla pressione. Dietro ad esso, e quasi spinto nella parte posteriore della pelvi, v'era l'utero sano che non aveva alcuna aderenza con esso. L'introduzione del

(*) Op. cit., vol. II, pag. 560.

contrariamente alle altre, più di spesso nella metà superiore della vagina, che raggiungono un volume talvolta ingente, e che debbonsi considerare come cisti di neoformazione, nascenti nel tessuto connettivo sottomucoso, e che in ogni tessuto simile possono svilupparsi. A mio credere dunque sono due le specie di cisti riscontrabili nella vagina, aventi diversa origine e diverso substrato.

DE-CASTFORIS.

catetere era accompagnata da qualche difficoltà, e lo strumento entrando in vescica inclinava molto verso il lato sinistro. Ora supponendo che questo tumore aumenti, come accadrà senza dubbio, è nella direzione della vagina che troverà la minore resistenza; perciò crescerà verso tal parte e colà probabilmente col tempo si presenterà come un tumore polipoido. Tale senza dubbio fu la storia dello sviluppo di un tumore che Paget (*) descrisse e che io ebbi l'occasione di vedere con lui. In origine sorgeva dal lato destro della vagina e la paziente si era accorta della sua esistenza da circa tre a quattro anni, sebbene essa ricorresse a consiglio medico per tal ragione solo da un anno. Un medico che essa consultò lo prese per un ascesso, e lo punse; un altro consigliò l'uso di qualche sostegno. Non protrudeva dalle parti esterne che da dieci giorni quando Paget lo esportò, alla qual epoca pendeva fuori della vulva come una massa del diametro di 12 centimetri alquanto piriforme, attaccato con un peduncolo lungo 4 centimetri e grosso altrettanto alla parete destra della vagina ed ai tessuti sottoposti, appena dietro la ninfa destra, la quale era come arcuata alla parte superiore ed al lato destro del collo o peduncolo del tumore. La sua esportazione si eseguì con poca perdita di sangue, e si trovò che il peduncolo passava dalla superficie esteriore della vagina entro il lasso tessuto, fra essa e la branca del pube, e arrivava quasi a due terzi della distanza verso l'utero. I caratteri del tumore, come sono descritti minutamente nelle annotazioni del dott. Paget, e di cui mi favorì una copia, erano appunto quelli dei tumori fibro-celulari, i quali in tutte le situazioni raggiungono facilmente un volume tale che un tumore assolutamente fibroso raggiunge meno spesso e sempre più lentamente acquista.

L'argomento della *malattia maligna* della vagina fu in parte trattato già nelle osservazioni fatte sul cancro uterino. Però inclino a credere che la rarità del cancro primitivo della vagina fu in qualche modo esagerata; e quantunque i principali caratteri della malattia siano gli stessi come quando ha per punto di partenza l'utero istesso, sonvi pure alcune ragioni per cui merita considerazione speciale. La malattia cancerosa della vagina conseguente a simile affezione dell'utero comincia per ragioni ovvie alla parte superiore del canale e si propaga da colà in basso, in generale interessando più la parte anteriore che la posteriore. Il cancro primitivo della vagina non mostra la stessa predilezione per la parete anteriore; nè sembra in generale che cominci da un punto ed allargarsi da questo; ma per lo più l'infiltramento canceroso ha luogo nella totalità di una, e più spesso in ambedue le pareti della vagina simultaneamente, ed è almeno tanto palcse vicino alla vulva come in vicinanza dell'utero. A questa regola che si avvera in tutti i casi di cancro fungoide della vagina (e questi sono di gran lunga i più numerosi

(*) Op. cit. vol. II, pag. 115.

giacchè a quella classe ponno riferirsi 15 su 19 casi di cui serbo ricordo) la varietà epiteliale della malattia forma un'eccezione; poichè in essa il male sembra cominci da un punto circoscritto, non in vicinanza dell'utero, e fin dove arriva la mia esperienza nella parete posteriore, si estenda ai sottoposti tessuti, e passa allo stato di ulcerazione, mentre l'utero è ancora illeso ed un tessuto apparentemente sano si trova tanto al disopra come al disotto della sede del male.

Le seguenti asserzioni riuniscono i principali risultati che ponno dedursi dai casi ai quali mi riferii:

In 15 casi la malattia era fungoide, in 4 epiteliale; in 1 caso solo la malattia, che era fungoide, limitavasi alla parete anteriore, ed in 1 in cui il cancro era fungoide, il lato destro della vagina solamente era affetto quando io vidi la paziente, sebbene la malattia senza dubbio si sia estesa poscia.

In 6 casi, di cui 2 erano fungoidi e 4 epiteliali la malattia era limitata alla parete posteriore. Nei casi fungoidi il labbro uterino posteriore era pure attaccato; negli epiteliali l'utero era esente, sebbene in un caso la bocca dell'utero cominciasse a farsi rossa, spugnosa, abrasa e sanguinante, epperò, io credo, non cancerosa.

In 11 casi, i quali tutti furono casi di malattia fungoide, ambo le pareti vaginali erano interessate. In 2 però la parete anteriore era principalmente affetta.

In 2 di questi casi la contrazione della vagina impediva di arrivare all'utero.

In 1 caso v'era un'escrescenza protrudente dall'interno dell'utero, ed in 1 v'era condizione grannosa del labbro anteriore di natura dubbia.

In altre parole in 6 casi l'utero era perfettamente sano, in 2 non vi si poteva arrivare, in 2 l'affezione dell'utero era lieve e la sua natura affatto incerta; in 9 esso era sede di decisa malattia cancerosa.

Riguardo alle circostanze che ne favoriscono lo sviluppo, il cancro della vagina sembra conformarsi alle stesse regole che influenzano lo sviluppo del cancro dell'utero; eccetto forse che sembra avvenire a periodo più avanzato della vita, che non il cancro dell'utero; perchè solo in 7 dei 19 casi si osservarono tra l'età dei 35 a 50; e gli altri 12 tra i 50 e i 66 anni. Come col cancro dell'utero, così pure con quello della vagina, il matrimonio e i parti apparentemente ne favoriscono la produzione; perchè solo 1 su 19 pazienti era in donna nubile, mentre le rimanenti 18 erano state gravide 95 volte, ed avevano dato alla luce 86 figli; o in altri termini vi erano 5.3 gravidanze e 4.7 parti a termine per ciascun matrimonio.

Oltre le prove forniteci da questi dati della generale conformità del cancro vaginale alle stesse leggi che governano lo sviluppo del cancro dell'utero stesso, io non vedo che le conclusioni siano di gran momento. La stessa somiglianza però tra le due forme della malat-

tia si verifica pure tra i suoi sintomi qualunque sia la situazione che dessa occupa, e la durata dell'affezione sembra essere circa la stessa in ambo i casi.

I primi sintomi si assomigliano assai, come mostra questo prospetto, a quelli che accompagnano il cancro uterino incipiente.

Il primo sintomo fu il dolore	in 4 casi
" " " l'emorragia senza dolore . . .	" 6 "
" " " " con " . . .	" 6 "
" " " il dolore e la perdita . . .	" 1 "
" " " la perdita senza dolore . . .	" 2 "

19

Il dolore sembra essero più frequente come sintomo dell'esordire di quando la malattia comincia nell'utero; e il dolore riferito al dorso, aumentato dalla defecazione o dalla mizione, è pur assai comune nel decorso della malattia. Il dolore sembra di natura più durevole di quella del cancro uterino, sebbene in un gran numero di casi manchino i gravi parossismi di sofferenza, dovuti senza dubbio in gran parte all'azione dell'utero che viene eccitata col progresso del male dell'utero. La ragione di ciò è data dal fatto che il cancro vaginale può arrivare al suo fine fatale senza che l'utero sia per nulla intercessato, sebbene v'ha senza fallo una generale disposizione tanto al propagarsi del male per contiguità all'utero, quanto alla comparsa dell'affezione secondaria, sebbene indipendente, di quell'organo.

La perforazione del rotto e della vescica non è tanto frequente in questa malattia come si potrebbe presumere a tutta prima; ma la funzione tanto dell'intestino che della vescica è d'ordinario più o meno difficile e dolorosa, o l'affezione dell'uretra, che ha talora luogo nel cancro fungoide della parete vaginale anteriore, può rendere lo svuotamento della vescica difficile non solo, ma impossibile.

Le conclusioni pratiche da dedursi riguardo a questa forma di malattia sono pressappoco le seguenti. Che essa accade pure, sebbene meno spesso, nelle stesse circostanze del cancro uterino, mostrando l'istessa predilezione per le maritate a confronto delle nubili, e per quelle che furono spesso gravido a confronto delle sterili. I suoi sintomi generali sembrano pure essere simili, eccetto che la pura emorragia indolente è alquanto più rara che nel cancro uterino — circostanza che probabilmente spiega a sufficienza la sede della malattia nel cancro vaginale. Il progresso della malattia sembra in ambo i casi essere analogo; la cachessia cancerosa si sviluppa nell'un caso come nell'altro, il progresso del male è egualmente rapido, e la disposizione a depositi secondarii almeno tanto

decisa nella malattia fungoide della vagina quanto nella malattia fungoide dell'utero.

Ben poco vi ha da osservare circa la cura, eccetto che i palliati topici che si usano nel cancro uterino sono ovviamente di più difficile applicazione quando la malattia ha sede in vagina. Il sol raggio di speranza nel caso di una paziente di malattia maligna della vagina si ha nei casi in cui l'affezione è della specie epiteliale. La similarità di struttura tra la vagina, la vulva e le parti esterne si mostra, come fu tanto bene indicata da Huguier (*), nella somiglianza delle malattie da cui sono invase. V'ha perciò qualche speranza che le produzioni ulcerose di natura epiteliale nella vagina possano appartenere alla classe del lupus, od ulcera rodente, piuttosto che alla più disperata categoria di malattie che sono intimamente affini al cancro, e che il trattamento locale possa riescire non così inutile come l'esperienza ha pur troppo mostrato esserlo nel caso di malattia maligna dell'utero. Ma la speranza derivata perfino da questa origine temo sia troppo spesso condannata ad essere illusoria; perchè da una parte la posizione della malattia non solo rende l'intervento chirurgico estremamente difficile, ma in tutti i casi a me noti il guasto si era esteso troppo profondamente nel tessuto sotto-mucoso perchè fosse possibile disseccare il tessuto malato dal tessuto sottostante. D'altra parte, il dolore dell'introduzione dello specolo fa in generale abortire ogni tentativo per continuare la cura locale.

Qualche tempo fa ebbi un caso che sembrava favorevole alla cura locale. Una lunga striscia di granulazioni rilevate, rosse, grosse si estendeva per quasi $2\frac{1}{2}$ centimetri di larghezza e 5 in lunghezza lungo la parete posteriore sinistra della vagina sino al suo fondo, lasciando $\frac{1}{2}$ centimetro di tessuto sano tra esso e il collo dell'utero. Paget che fu così compiacento di veder meco la malata, sperava per la mancanza di ingrossamento delle parti che la malattia potesse classificarsi piuttosto per ulcera rodente che per vero carcinoma; e d'accordo ci determinammo di applicare il nitrato di mercurio alla parte affetta. Il risultato di questo procedere fu per qualche tempo assai incoraggiante; e sebbene l'introduzione dello specolo causasse dolore che durava per molte ore, pure la paziente sottomettevasi volentieri ad un piano di cura, di cui provava i vantaggi nella diminuzione della perdita previamente copiosa, fetida e tinta di sangue, nel mitigarsi del dolor lombare, e nel migliorare della sua salute generale. Tre o quattro applicazioni dell'acido produssero la cicatrizzazione completa di tutta quella parte della malattia, eccetto quella che interessava il fondo della vagina. In tale località però l'applicazione del caustico era assai difficile, e il male si dilatò colà. Si verificarono depositi che ingrossarono la parete vaginale, le granulazioni si fecero più grosse, diedero più facilmente

(*) *Mémoires de l'Académie de Médecine*, vol. XIV, 1840, p. 500.

sangue e si estesero in alto, a lato e vicino alla cervice dell'utero, tra la quale e i tessuti guasti non esistevano più intervalli; e così la cura fu frustrata, si perdettero ogni speranza, e fummo costretti a riconoscere un'altra volta i limiti assai angusti della nostra facoltà di guarire. La malata abbandonò l'ospedale e morì penosamente pochi mesi dopo, nè posso dire che la sua vita sia stata prolungata colla cura locale, sebbene senza dubbio sia stata per breve tempo confortata dalla speranza, la quale, sebbene illusoria, pure la sollevò da qualche dolore e da qualche afflizione di spirito.

LEZIONE XXXIII

MALATTIE DEGLI ORGANI ESTERNI DELLA GENERAZIONE

Affezioni infiammatorie. — Infiammazione delle labbra, suo nesso coll'obliterazione del dotto della glandola di Cowper; descrizione della ghiandola; modo con cui l'infiammazione s'ha avviene.

Infiammazione furuncolare. Eczema. — Prurigo; poco frequente. — Il prurito in generale indipendente da esso; causa e cura del prurito. — Infiammazione dei follicoli della vulva.

Iperestesia degli organi esterni. — Spasmo vaginale o veginismo. — Coccigodinia o dolore del coccige. — Osservazioni sulla masturbazione ed esportazione della clitoride per la sua cura.

Affezioni ulcerose. — Sifilide terziaria; difficoltà della sua diagnosi. — Lupus, suoi caratteri; suoi rapporti col cancro epiteliale. — Casi ad illustrazione. — Cura.

Malattia maligna, in generale prende la forma di cancro epiteliale, suoi sintomi e decorso. — Importanza di una pronta esportazione.

La linea arbitraria di demarcazione che in Inghilterra separa gli attributi del medico da quelli del chirurgo limitò la mia esperienza tanto nella pratica privata come di ospedale riguardo alle *malattie degli organi esterni* della generazione. Infatti se lasciamo quelle che risultano da infezione sifilitica il resto di questi mali non è per nulla frequente, nè in generale di molta importanza.

Pochi casi io vidi di *infiammazione delle labbra, delle ninfе e degli organi esterni*, eccetto che accompagnanti la vaginite, come raramente vidi l'*infiammazione risipelatosa* di cattiva indole di queste parti, la quale, accadendo nelle fanciulle, è facile passi ad uno stato di sfacelo. Infatti malgrado che per più di 25 anni sia stato addetto a grandi istituti per le malattie dei fanciulli, ho trovato solo 3 a 4 casi di tal genere, ed uno solo di infiammazione difterica delle labbra e delle ninfе. Le circostanze nelle quali avviene o l'una o l'altra di queste affezioni non sembra si riscontrino così spesso in Inghil-

terra come in alcune parti del continente; mentre ambedue pajono appartenere alla classe delle malattie del sangue piuttosto che essere puramente malattie locali tali da entrare più strettamente nello scopo di queste lezioni.

L'infiammazione delle labbra che accompagna la vaginite, più particolarmente quella forma di essa la quale dipende da gonorrea, si propaga talora al tessuto cellulare dell'uno o dell'altro lato, e finisce a formare un ascesso. Per lo più però gli ascessi delle labbra non sono l'effetto di infiammazione diffusa, ma di *infiammazione avente sede in una di quelle ghiandole* conosciute col nome di Duvernay, di Bartholin, o di Cowper (*). Sono disseminate ad ambo i lati dell'orificio della vagina, in quello spazio triangolare limitato dall'orificio della vagina da un lato, dal ramo ascendente dell'ischio dall'altro, e dal muscolo trasversale del perineo dal terzo, e sono ricoperte dalla fascia peritoneale superficiale e da alcune fibre del costrittore della vagina. Sono piccole glandule conglomerate, del volume circa di un fagiolo, che si aprono per stretto condotto, lungo circa un centimetro, appena al davanti dell'imen e delle caruncole mirtiformi, e che secernono quel fluido albuminoso che si versa fuori in abbondanza nel coito.

Avviene talvolta che il condotto di questa ghiandola dell'uno o dell'altro lato si obliteri, e che allora la secrezione si accumuli entro di essa producendo un piccolo tumore del volume di una nocciola od anche più grosso, che protrude alla parte inferiore e verso la superficie interna del labbro. Può restare per qualche tempo in questo stato producendo poco incomodo, ma in generale si irrita pel movimento o duole nel coito, ed in tal modo il caso si presenta per la prima volta a nostra cognizione. Se allora lo si apre prima che sia invaso dall'infiammazione, ne escono 6 ad 8 grm. di un fluido simile al chiaro d'uovo, il tumore scompare, e può anche non riprodursi più, giacchè in molti casi la cisti si oblitera dopo che vi fu fatta una larga spaccatura. Talora sebbene non si produca incomodo forte dal tumore, l'infiammazione si sviluppa nel suo interno sufficiente a rendere i suoi contenuti purulenti, mentre in altri casi l'infiammazione non si limita alla ghiandola istessa, ma si propaga anche al tessuto adiacente. Allora il labbro si fa caldo, gonfio e assai sensibile e dolente alla sua parte inferiore, cosicchè la paziente non può muoversi od anche lasciare la posizione supina senza forti do-

(*) Come molte scoperte antiche, così quella dell'esistenza di questa ghiandola, trovata prima da Duvernay nella vacca, e poscia da Bartholin nella femmina umana, fu dimenticata dopo che Haller le ricercò invano. Guthrie nella sua opera sulle malattie della vescica vi allude, sebbene senza alcuna esatta descrizione della loro forma o rapporti; ma si è al venerabile Tiedemann di Heidelberg cui dobbiamo le nostre presenti accurate cognizioni di esse. Il suo saggio, *Von den Duterneyschen Drüsen*, ecc., fu pubblicato ad Heidelberg nel 1840, avendo cominciate le sue ricerche l'anno precedente. Nel 1850 Huguier pubblicò nelle *Mémoires de l'Académie de Médecine*, una descrizione di queste glandole di cui egli si credette il riscopritore nel 1841; perchè come tanti suoi compatriotti ignorava quanto erasi fatto, persino nel suo campo di ricerche, oltre i confini di Francia.

lori mentre sulla sua superficie interna la glandola forma una prominenza estremamente dolorosa, e la materia ne esce facendovi una puntura con molto e di solito permanente sollievo della malata. Accade però di quando in quando che si soffre molto pel successivo riprodursi di questi sintomi della ghiandola del Cowper coll'intervallo di due o tre mesi, disturbo che può solo prevenirsi collo spaccare ampiamente la cisti ed esportare porzione delle sue pareti, o probabilmente coll'iniezione di una soluzione d'iodio nella sua cavità.

Non ebbi mai ad osservare la suddetta condizione se non in donne relativamente giovani, e che erano maritate o almeno usavano del coito. Vi sono alcune altre affezioni però che non hanno tali rapporti, ma che nelle donne di media età sono forse più frequenti che nelle giovani, e sono almeno tanto facili ad avvenire nelle nubili quanto nelle maritate. Furuncoli assai incomodi, lenti nel loro progresso alla suppurazione, accompagnati da molta molestia, compaiono due o tre alla volta, o in rapida successione l'un dopo l'altro, e producentisi di nuovo ad intervalli di due o tre settimane e di spesso si mostrano talvolta sulla superficie esterna delle labbra. L'attenzione della paziente è di solito richiamata sul principio ad essi da un prurito e pizzicore disgustoso, ed essa si accorge allora di una piccola pustola o due a base indurata. La vescichetta si ingrossa a poco a poco, e la durezza attorno ad essa si propaga tanto superficialmente, quanto entro la sostanza del labbro, finchè forma una massa della grossezza di una piccola nocciola. Non si associa a molto gonfiore diffuso del labbro, e non forma un capo distinto come una pustola d'ectima, ma la sua superficie si mantiene piena anche all'epoca in cui, avendo avuto luogo la suppurazione nel suo interno, si scarica una piccola quantità di materia, dopo di che il punto indurato scompare.

Il solo trattamento locale che mi parve assai utile in questo male assai fastidioso consiste nell'applicazione generosa di nitrato di argento quando il furuncolo è ancora allo stato papulare. Se fatto a dovere ciò previene spesso l'ulteriore progresso della pustola, e risparmia alla paziente molte di quelle sofferenze cui le fomentazioni, i cataplasmi e tutti gli altri mezzi chirurgici a periodo inoltrato non mitigano che imperfettamente. Non havvi cura in generale che possa prevenire la loro fomentazione più di quello che i furuncoli in altre parti; ma siccome la loro comparsa sembra talora in rapporto con quell'irritazione del sistema sessuale che spesso accompagna la cessazione finale dei mestruj, così siamo in tali casi forniti di una indicazione che ci guida che merita d'esser ricordata.

Una delle più noiose affezioni degli organi esterni è l'*eczema della vulva* che facilmente percorre un decorso assai cronico e riesce assai poco curabile. Per lo più il male compare nelle piegature tra le coscie e le labbra, d'onde si propaga alle labbra stesse e poi, diventando cronico, alle ninfie, mentre è non di rado associato all'*eczema del margine dell'ano*, e si stende lungo il perineo. Nel suo

stadio acuto non presenta differenze dall'eczema delle altre parti del corpo, ma di rado rimane a lungo in tale condizione, passando rapidamente allo stato cronico. In questo stato le labbra perdono facilmente i peli che le adornano, e si avvizziscono per la scomparsa dell'adipe che dà loro rotondità, mentre essa e le ninfe si ricoprono con un epitelio grosso, duro, bianco, e la membrana mucosa nella loro superficie interna diventa secca, non lubrica, ruvida e rigida. Di solito questa malattia non attacca la vulva in generale, ma conosco casi nei quali ciò avvenne, la membrana mucosa perdendo interamente la sua apparenza naturale; la condizione di secchezza, ruvidezza e ingrossamento dell'orificio vaginale essendo associata ad un sensibile restringimento del suo lume. Nei casi peggiori inoltre la malattia interessa il prepuzio della clitoride a tal segno che il suo tessuto indurato e ingrossato sporge dalle labbra, mentre dove le superficie opposte sono in contatto esse rimangono rosse, abrase e nella condizione appunto delle parti affette da eczema acuto. Merita menzione il fatto anche che in due casi di eczema cronico grave un tumore vascolare di molto volume sorse dall'interno dell'orificio dell'uretra; non so però quale delle due tumescenze fosse di più lunga durata.

Quei leggieri attacchi di eczema a cui sono soggette alcune donne al ritorno del periodo mestruo, per troppo passeggiare o per cause simili, sono spesso assai alleviati dalla ripetuta applicazione di una lozione di glicerina (*) mentre le parti, dove l'eruzione è solita comparire, ponno poscia essere rese meno irritabili coll'uso della glicerina pura o di un unguento di zinco. Se l'infiammazione è forte e la secrezione della superficie abbondante la paziente deve restare a letto, e la continua applicazione di una lozione d'ossido di zinco (**) diminuirà la secrezione e la dolentatura, mentre tenendo cosperse le parti con amido tenne, e costantemente coperte coll'unguento di zinco benzoato composto, che ha il vantaggio di non diventare prontamente rancido, di rado non si giunge ad arrecare un assai pronto sollievo.

La forma cronica dell'eczema con desquamazione di scaglie secche di epidermide è però molto più difficile a guarire, od anche a palliare. L'ho veduto nelle forme più gravi solo nelle malate degli ospitali, e fu quasi impossibile indurre queste a restare abbastanza a lungo perchè potessero ottenere di più che una semplice

(N. 14)

(*)	Glicerina purificata	gram.	8
	Acqua di rosa	"	130
	Mesci, facciasì lozione.		

(N. 15)

(**)	Ossido di zinco	gram.	8
	Mucilagine gomma arabica.	"	30
	Acqua di rosa	"	140
	Mesci, facciasì lozione.		

mitigazione al loro malore. Il prurito incessante fu in molti casi alleviato per un po' di tempo coll'ungere le parti di olio di fegato di merluzzo. Però il sollievo che desso arrecava era solo temporario, ed altre applicazioni untuose corrispondevano egualmente pure solo per qualche tempo ed in generale con minor efficacia. Infatti nulla sembrò in questi casi dare qualche speranza di una guarigione fuorchè il completamente modificare lo stato della pelle colle applicazioni caustiche; a questo intento usai del nitrato di argento fuso sostituendovi, a misura che si produceva un'epidermide nuova e più delicata, una soluzione di un grammo e mezzo di sal d'argento su 30 di acqua distillata. Il professore Scanzoni (*) usa allo stesso scopo una soluzione di due grammi di potassa caustica in 30 di acqua distillata, che si deve applicare leggermento col mezzo di un pennello, e consiglia inoltre, a misura che la malattia menoma, copiose e frequenti abluzioni con acqua fredda.

Però le pure applicazioni esterne, sobbene essenziali al sollievo della malata e coadiuvanti molto alla sua guarigione stabile, bastano di raro nei casi molto gravi e che durano da molto tempo. In essi, come nell'eczema cronico delle altre parti, una cura continuata a lungo coi preparati arsenicali sembra che ci fornisca i soli mezzi per ottenere una guarigione permanente.

La *Prurigine* si dice connessa col pizzicore molesto degli organi sessuali di cui le donne soffrono di spesso. Mentre però il prurito è un'affezione comune, la prurigine è assai rara; e non vidi mai caso alenno in cui l'eruzione fosse limitata a quelle parti, sebbene pazienti affette da prurigine diffusa siano talvolta assai travagliate dalla comparsa di un'eruzione ai genitali, mentre altre sono spinte dall'irritazione a graffiarsi al punto di lacerare la pelle, e produrre così piccoli punti sanguigni non dissimili da quelli che si vedono all'apice delle papille di prurigine. Malgrado questa mancanza di ogni nesso necessario tra il prurito doloroso degli organi sessuali e la comparsa di qualche eruzione alla loro superficie, questo è forse il momento più opportuno per esporre quanto devo dire su tale oggetto. Sebbene lo si dica comunemente *prurito del pudendo o della vulva*, la sensazione non si limita ad una parte sola, ma viene riferita talora agli organi esterni, alla superficie delle labbra od al monte di Venere; altre volte lo si sente alle ninfie, al vestibolo, mentre talora attacca il canale vaginale e perfino la bocca dell'utero. Le circostanze, in cui lo si riscontra, variano tanto quanto le località alle quali si riporta la sensazione, e servono a dimostrare che propriamente parlando il male merita d'esser classato, come lo è da alcuni autori del continente, tra le affezioni nervose degli organi genitali. Non è raro che accompagni i primi mesi di gravidanza, e parimenti si associa talora a malattia organica dell'utero, specialmente al carcinoma nei suoi stadii primi. Accompagna talora, ed ancor più

(*) Op. cit. p. 562.

spesso precede il periodo mestruo, specialmente nelle donne che hanno mestruazione scarsa, irregolare o dolorosa; mentre pure avviene di frequente all'avvicinarsi del periodo climaterico o quando la mestruazione ha cessato per sempre o sta per scomparire. Accompanya le emorroidi, ed è talora uno degli incomodi prodotti dallo stato varicoso delle vene delle labbra; accompagna l'invasione e il declinare del gran numero dei casi di infiammazione della vagina, e in breve, è di rado tutt'affatto mancante quando una causa qualunque produce uno stato di congestione non naturale degli organi genitali. Di quando in quando è associato ad una specie di eruzione erpetica della superficie interna delle labbra, le cui vescicole, al rompersi, prendono facilmente alcun che del carattere di piccole piaghe aftose; ma la mia esperienza mi autorizza a riguardare questo stato come ben poco comune.

Il descrivere una sensazione è proverbialmente difficile; ma puossi osservare che, come questo prurito varia di grado, così varia pure di natura. È talora un senso spiacevole di solletico o formicolio, altre volte un senso di pizzicore, mentre in altri casi il prurito vero è così angustioso da essere quasi insopportabile. Il calore sempre lo aggrava e per alcune persone basta entrare in una stanza calda per provarne un' esagerazione, mentre in molte pazienti le notti sono in gran parte insonni perchè il coricarsi a letto è ad un tratto segnale pel cominciamento del prurito. Il freddo pel momento lo solleva, ma questo sollievo è solo momentaneo, e le malate sono spinte a graffiarsi e a comprimere, affine di procurarsi una specie di ristoro che consiste nella sostituzione di una sensazione di bruciore, di calore alla sensazione meno tollerabile del prurito. Questo però non solo non produce un bene reale, ma lo stesso sfregare delle parti aggrava la condizione delle malate, e serve a produrre e mantenere uno stato di eccitamento sessuale morboso, che in alcuni di questi casi costituisce non il minore degli incomodi.

La cura dipende manifestamente dalle condizioni con cui è associato questo sintomo molesto. L'empirica prescrizione di lozioni, unguenti od altre applicazioni, senza previa indagine sullo stato delle funzioni uterine, è peggio che inutile. Mi ricordo un caso in cui l'applicazione del nitrato d'argento ad un'abrasione di vecchia data della bocca dell'utero fu susseguita dalla cura quasi immediata di un previo prurito assai molesto. Quando consegue a vaginite, la guarigione dell'infiammazione e la cessazione del prurito hanno luogo quasi simultaneamente, mentre in generale nulla allevia l'irritazione che accompagna il declinare della vaginite più dell'acqua di Goulard e l'acido idrocianico nella proporzione di 6 grammi di questo su 200 grammi di quella. Quando v'ha molta congestione delle parti esterne, come rilevasi dal calore, dal gonfiore, dal rossore e dalla dolentatura loro, poche mignatte alla vulva o ai margini dell'ano in generale produrranno molto sollievo, e lo stesso sanguisugio locale è, come era da aspettarsi, di molto servizio quando il prurito è associato

alle emorroidi. L'eruzione erpetica su cui fece molto punto il dott. Dewees di Filadelfia come causa di questo male si mitiga (come è di altri casi in cui, senza alcuna disposizione alla formazione di vescicole o di piccole ulcere aftose, esiste molto calore e rossore delle parti) con una lozione di borace e morfina (*) che invero riuscì nelle mie mani generalmente più utile di qualunque altro rimedio.

In quei casi in cui v'ha qualche infiammazione locale, o si presenta una considerevole congestione, le applicazioni untuose in generale non fanno molto bene. In altri in cui non esiste questa condizione, o fu tolta completamente, l'uso di un linimento di due gr. di cloroformio con 30 di olio d'olivo tanto all'esterno come alle pareti vaginali, il che credo fu primitivamente raccomandato da Scanzoni (**), è spesso di gran vantaggio. Anche l'olio di fegato di merluzzo puro mitiga spesso l'irritazione esterna, principalmente in quei casi, com'io penso, in cui si ha aleunchè di simile ad uno stato di eczema cronico; mentre il dottor Rigby, nella sua recente opera, loda assai un unguento di parti eguali di olio di fegato di merluzzo e unguento di precipitato rosso come molto vantaggioso in casi che riuscirono ribelli agli altri mezzi.

Due altri rimedii riuscirono talvolta di gran vantaggio in casi di prurito ostinato; uno di essi è il chinino, che, dato a dosi di 12 centigrammi ogni 6 ore, mi parve in alcuni casi mitigasse (forse come io temo) *eccezionalmente* questa affezione, al pari delle altre di natura neuralgica. L'altro rimedio è la belladonna, la quale usata tanto esternamente quanto propinata internamente, riuscì spesso assai proficua. Io generalmente dò la belladonna sotto forma di pillole e combinata con canfora cominciando con tre centigrammi di estratto e 20 centigrammi di canfora, ed aumentando la belladonna finchè si produce l'offuscamento di vista o di senso di secchezza delle fauci. Allo stesso tempo io consiglio un unguento di grammi 1 e centigr. 50 di estratto di belladonna con 15 grammi di unguento di spermaceti o 15 gr. di glicerina, da ungerne la superficie due volte al giorno; e il sollievo che questi mezzi conseguirono non di rado continuò dopo il loro uso e riuscì permanente.

Rimane ancora l'uso del nitrato d'argento sia all'esterno o alle pareti vaginali secondo la sede dell'irritazione: ma io non ne feci la prova; perchè o altri rimedi mitigarono il male, o cessò colla rimozione della sua causa, come quando ebbe luogo durante la gravidanza; o la paziente cessò di occuparsene più a lungo, come in qualche caso di cancro, in cui altri e peggiori sofferimenti resero il primo disturbo meno intollerabile.

(N. 16)

(*)	Borato di soda	gram.	16
	Cloridrato di morfina	centigr.	50
	Acqua di rose	gram.	300
	M. f. lozione.		

(**) Op. cit. p. 545.

Questo è forse il miglior momento per trattare di due affezioni neuralgiche e penose, l'una della vagina, l'altra del retto, che sotto il nome di *vaginismo* e *coccigodinia* attrassero molto l'attenzione in questi ultimi anni, sebbene ambedue le condizioni debbano essere state conosciute da un pezzo in pratica da tutti quelli che ebbero molto a fare colla cura della malattia delle donne.

La prima è una condizione di dolore e spasmo all'orificio della vagina tanto forte da essere un ostacolo completo al coito. Però il dolore è di spesso non limitato all'atto sessuale, ma la paziente prova un senso di malessere all'intorno della vulva che arriva ad un dolore reale nel passeggiare, e talora perfino nello stare seduta, sebbene il grado di sofferimento varii molto a seconda del soggetto, e nella stessa donna ad epoche diverse. Se si tenta di introdurre il dito il dolore ad un tratto si fa intollerabile, e il completare l'esplorazione viene impedito non solo dall'inabilità della paziente a sottoporvisi quietamente, ma dalla violenta costrizione dello sfintere della vagina che si produce immediatamente.

Questo stato è per nulla invariabilmente ristretto, come nei casi riportati dal dottor Marion Sims (*), che primo propose per esso il nome di *vaginismo*, a donne maritate da poco tempo in cui il coito si compì solo imperfettamente, e in cui l'imene fu solo parzialmente distrutto. Lo vidi nei suoi gradi meno forti restare dopo un'infiammazione cronica dell'utero, ed ho osservato che in alcuni casi, molto tempo dopo l'introduzione del dito od anche dello specolo che poteva essere tollerato senza dolore, l'atto del coito, senza dubbio a causa del particolare suo eccitamento del sistema nervoso che vi si associa, era così doloroso da essere assolutamente impossibile.

Io non lo vidi mai come sintomo isolato in malate sotto ogni altro aspetto tutt'affatto sane, ma l'ho sempre osservato associato con altri sintomi nervosi e isterici, colla dismenorrea, spesso con dolore alla defecazione e mizione; e, come tutti i mali di questa classe, la sua gravanza è soggetta a variazione grande e in apparenza senza causa. Affine a questa condizione è pure il dolore forte nel mangiare che io osservai talora in donne nubili, e che vidi deludere ogni specie di cura. Di ciò un caso assai interessante venne a mia cognizione in una giovine signora nubile di circa 24 anni di età, in cui era progredita gradatamente quasi fin dall'epoca della pubertà. Essa era pallida, delicata e magra, ma non aveva nessun altro male fuorchè l'angoscia che accompagnava tutte le volte l'atto della mizione e che continuava per $\frac{1}{4}$ o $\frac{1}{2}$ ora dopo avere vuotata la vescica, che fu trovata costantemente sana. Fu vista da molti medici; fu esplorata per la pietra più volte; fu curata con tutti i rimedii immaginabili; le si iniettarono in vescica sedativi, gas acido carbonico; fu trattata con tuniche, dosi forti di marziali, aria e bagno di mare; e visitò i bagni di Germania; a tutto si ebbe ricorso. La sua salute generale

(*) *Obstet. Transact.*, vol. III, pag. 356.

alla fine di questi esperimenti non era peggiore e il suo male locale non migliore che al principio, ed essa continuò dopo anni di cura ad essere valotudinaria, debole, nervosa, isterica, con poca forza di corpo e di mente, e con questa sola affliggente particolarità che la distingueva fra cento altre isteriche.

Non credo che uno stato di vaginite sia, come pensa il dottor Churchill (*), di solito il primo passo alla produzione di questo dolore e spasmo vaginale; e siccome vidi questo stato sopraggiungere in donne maritate da due o tre anni prima del principio dei sintomi (sebbene mai in alcuna che avesse dato alla luce qualche figlio) credo che le condizioni in cui esso ha origine siano assai varie.

La prima cosa essenziale in tutti i casi pel miglioramento della paziente è la sua separazione di letto dal marito, e la totale astinenza d'ogni tentativo di coito. Vengono dopo i semicupi tiepidi, un trattamento locale calmante, e il togliere ogni infiammazione della vagina e del suo orificio, se esista una tal condizione. L'applicazione a questo intento di una soluzione di nitrato d'argento con uno specolo a tutto il tratto della membrana mucosa vaginale, come è raccomandato dal dottor Churchill, implica già che si è già fatto molto progresso verso la guarigione della malata, giacchè in alcuni dei casi da me veduti perfino il dito non poteva introdursi senza intenso dolore.

La guarigione di ogni male uterino palese, e il miglioramento dello stato generale della paziente devonsi naturalmente procurare, ma io posso dire che in nessun caso trovai che il molto vantato bromuro potassico mitigasse la suscettibilità degli organi genitali, o frenasse alcuno di quei patimenti di natura isterica o epilettiforme, i quali comunemente si suppongono associati a disordine o ad eccitamento del sistema sessuale.

La doccia tepida al sacro e alle natiche in alcuni casi mi furono di gran servizio; e credo che i bagni di fango e gas acido carbonico di Meinberg e di qualche altra località di Germania siano utili, sebbene non abbia avuto alcuna opportunità di provarli in questi casi.

La dilatazione graduale dell'ostio vaginale col mezzo di torunde è l'ultimo passo nella cura di questi casi; desse agiscono in due modi, e coll'allargare meccanicamente il canale, ed anche coll'abituare la vagina alla presenza di un corpo estraneo. Usai di sonde rettali di diversi calibri ordinando alla malata di introdurne una giornalmente per un'ora, cangiandola secondo la tolleranza con altra più grossa. I dottori Sims e Churchill usano dilatatori di vetro, che hanno il vantaggio di essere più puliti.

Vidi un caso in cui posso comprendere come sarebbe riuscito forse vantaggioso qualche processo chirurgico, quale si pratica dal dott. Marion Sims, sebbene in questo caso la intensa sensibilità vaginale sia

(*) *Diseases of Women* 4.^a ediz. Dublino 1864, pag. 123, dove si trova un' eccellente narrativa di questo stato.

solo uno fra i sintomi di un'isteria delle più gravi. L'operazione del dottor Sims consiste nell'escisione dei residui dell'imene, l'incisione consecutiva dell'ostio vaginale, e l'ulteriore dilatazione del canale col mezzo di un dilatatore. Infatti questo processo è alquanto imponente, ed è talora accompagnato da molta emorragia; ma la condizione di spasmo vaginale o di dolore è così affliggente da quasi giustificare l'adozione di qualunque mezzo pel suo sollievo (134).

(134) Giacchè qui è entrato l'Autore a far parola delle operazioni chirurgiche dirette all'ostio ed al canal vaginale, io non credo inopportuno aggiungere una parola a proposito di alcune deformità che rendono necessario l'intervento o che riescono di speciale interesse al ginecologo. Se l'aprirsi della vagina nel retto, nell'uretra, nella vagina, in una cloaca comune col retto, o nella parte addominale sono vizi di conformazione che non richiedono soccorso alcuno o che dalla chirurgia plastica soltanto possono talvolta ricevere modificazioni radicali; se la divisione longitudinale della vagina a mezzo di un diaframma (vagina doppia) va solo ricordata per mettere in guardia il ginecologo contro il facile errore di sconoscere questa deformità; non così è della *mancaenza della vagina*, delle *briglie* o *diaframmi trasversi di questo canale*, della *imperforazione dell'imene* e dell'*obliterazione propriamente detta della vagina*, siano *congenite*, siano *acquisite*. Queste ultime deformità entrano nel dominio della ginecologia e talvolta dell'ostetricia, e pertanto meritano se ne parli alcun poco.

È ovvio il comprendere come simili condizioni chirurgiche abbiano per diretta conseguenza la *ritenzione del sangue mestruo* e l'*impedimento assoluto o la difficoltà al coito*: ed è infatti per queste due sole circostanze che il ginecologo è chiamato a prestare l'opera sua, ad entrare giudice anche in questioni che interessano altamente il destino di una fanciulla, la pace di due famiglie.

Per troppo la società nostra non ha ancora fatto ragione di quel malinteso riguardo pel quale si rifugge dall'espore ad una visita speciale una fanciulla prima dell'età pubere, onde sapere se fisiologicamente siano costituiti i di lei organi genitali, e se si debba starsene tranquilli sul conto del futuro esercizio loro.

È così che si lascia che le ragazze portanti vizi congeniti dell'apparato genitale si espongano ai pericoli gravi della ritenzione del flusso mestruale ed alle spiacevolissime querele che si suscitano nel matrimonio, al quale consecutivamente la donna è riconosciuta fisicamente inetta.

Egli è necessario che dagli stessi medici vengano insinuate e persuase le madri o le istitutrici a sottoporre senza apparato e senza importanza le loro fanciulle ad un esame fisico prima dell'età pubere onde prevenire guai, spesso pericolosi, sempre seri.

Senza entrare in dettagli che già in parte sarebbero una ripetizione dei sintomi già descritti dall'Autore parlando della ritenzione dei mestruai per atresia uterina, dirò solo come la sindrome di questa stessa amenorrea per atresia della vagina e del pudendo consista nella mancanza del flusso mestruo all'epoca ordinaria, nell'assenza di quelle condizioni generali che spiegano un'amenorrea sintomatica, nella sopravvenienza di patimenti locali ricorrenti ad epoca fissa con distanza di un mese e sempre maggiori

Il dolore lombare è compagno così comune in un gran numero delle malattie delle donne, che tanto noi, quanto le nostre malate vi facciamo ben poca attenzione; ed eccetto nei casi nei quali è intenso fuor dell'ordinario, facciamo ben poche indagini per rilevare la sua esatta situazione e le circostanze che l'aggravano o lo mitigano. A ciò dovesi, probabilmente fino a questi ultimi tempi in cui il dottor Simpson (*) richiamò l'attenzione al dolore nel coccige o *coccigodinia*, il non esser stata riconosciuta questa come un'affezione distinta.

D'ordinario dopo il parto, talora dopo una caduta o una percossa sulla parte inferiore della spina, talvolta dopo un prolungato esercizio a cavallo, talora come uno della serie di sintomi che si associano

(*) *Medical Times*, luglio 2, 1859.

nelle successive epoche, nel verificarsi fenomeni anche dal lato della defecazione e della mizione, infine nell'accedere di fenomeni di generale risentimento.

L'ispezione topica poi compie la diagnosi scorrendo una intumescente elastica talora appena dietro la fessura lasciata dalle grandi labbra (se v'ha semplice imperforazione dell'imen), talora oltre l'ostio in un punto del tragitto del canale vaginale (se v'hanno briglie o diaframmi od oblitterazione della vagina sia congenite sia acquisite). L'esplorazione digitale del tratto libero di vagina, l'esplorazione rettale inoltre rivelano la presenza di un tumore elastico, rotondo, diffuso, non molto dolente, spesso flutuante, sulla cui natura non cadrà dubbio alcuno quando se ne rilevi la storia anamnestica, d'altronde abbastanza caratteristica per non trarci in errore. Infine viene in aiuto la puntura esploratoria del tumore, fatta attraverso all'imen distesa od al sepimento vaginale (nei casi di aderenze cicatriziali o di oblitterazione vera della vagina).

Io non entrerò a parlare dei vari atti operativi richiesti da simili condizioni, giacchè ciò non è permesso dalla natura del presente testo: dirò solo come urge l'intervento nostro, giacchè il ripetersi dei versamenti catameniali e l'accumularsi del sangue dietro l'ostacolo può giungere a tanto da sfiancare le pareti vaginali e causarne rottura con grave pericolo, immediato di emorragia, indiretto di flemmone e suppurazione intra-pelvica. E bensì vero che la rottura spontanea della membrana imene non è ordinariamente accompagnata da conseguenze, ma è d'altra parte vero che converrà incidere per tempo per evitare il soverchio accumulo di materiali dietro ad essa e l'influenza di questi sulla parete vaginale.

Pare non sia comprovato che il sangue effuso nel canal vaginale ed ivi soverchiamente accumulato possa rimontare per l'utero alle trombe fallopiane ed al cavo peritoneale.

Un'ultima parola a riguardo del nostro intervento, quando ancora non è voluto dai fenomeni morbosi di una ritenzione di flusso catameniale, cioè quando, chiamati all'esame di una impubere, riscontriamo le vizietture di cui finora parlai. È sempre necessario nell'impubere togliere il vizio organico, aprire una strada artificiale dall'ostio vulvare all'utero? Io non esito

a spostamento od a qualche altro male dell'utero, e di quando in quando indipendentemente da qualunque evidente causa eccitante, le donne si lagnano di dolore che si riferisce al coccige e al suo punto di unione col sacro. Questo dolore si sente nel sedere, è spesso assai forte durante la defecazione, è d'ordinario ottuso e costante, sebbene si aggravi ad intervalli senza alcuna causa apparente. Viene alleviato dalla posizione supina, ma, diversamente dal dolore che accompagna il prollasso, non cresce per lo stare in piedi nè pel camminare. È spesso maggiore al periodo mestruo, è di molto aggravato dalla stipsi, ed è talora reso intenso dal coito.

Non v'ha dolentatura speciale della regione lombare o della parte superiore del sacro; ma la parte inferiore del sacro è spesso assai sensibile, e la paziente dirige l'attenzione al coccige istesso, come punto d'onde proviene questa sensibilità; e la pressione sull'osso si

a dire che la risoluzione di questo quesito dipende dalla probabilità maggiore o minore che esistano gli altri organi della generazione (deducendolo dalle notizie gentilizie, dallo sviluppo del restante dell'organismo) e dalla accondiscendenza della fanciulla e dei parenti a che si eseguisca un atto operativo.

Non è in nostra facoltà il dire positivamente in quale stato si trovano gli organi genitali al di là dell'ostacolo, nè quanto si guadagnerà dai tentativi di rimozione di quest'ultimo: chiamati dunque a riordinare in prevenzione lo stato degli organi sessuali di una fanciulla impubere onde prepararli a funzionare normalmente, interverremo coi mezzi suggeriti dalla scienza, ma il nostro pronostico sarà sempre riservato. Ma se la fanciulla è persuasa a non incontrare nozze o non vuole esporsi a pericoli, ad operazioni per tale scopo: se il ginecologo, esplorando pel retto, può essersi assicurato che utero non esiste (come accade vedere insieme ad alcuni vizii della vagina) o che ve n'ha soltanto un rudimento informe, io penso che qualunque operazione allo scopo di predisporre gli organi all'atto sessuale sia da abbandonarsi, mentre dobbiamo prevenire la ragazza del bisogno cui va incontro di assoggettarsi a quelle stesse operazioni quando per avventura in seguito avvenisse ritenzione del sangue mestruo, siccome espressione di attività funzionale ovarica ad onta di un'atrofia dell'utero.

Una volta chiamati a riparare a simili deformità in donna appena maritata, allo scopo di renderla atta ai rapporti sessuali, qualunque operazione è giustificata, anzi spesse volte coronata da doppio risultato materiale e morale.

Il lettore troverà notizie più ampie e istruzioni precise intorno al lato chirurgico dell'argomento in Puech (*De l'atresie des voies genitales de la femme*, Paris 1861), in Bernutz et Goupil (*Clin. Médic. sur les Mal. des Femmes*, Tom. I, 1860 Paris, *Archives gen. de Médecine*. Tom. 17, 18, 19, 1848), Leon Le Fort (*Des vices de conformation de l'Uterus et du vagin*, Paris 1863), e nei recenti trattati di ginecologia, senza contare una lunga serie di osservazioni cliniche interessantissime sparse qua e là nei periodici, e che da Goupil e Bernutz furono raccolte e commentate con profondo sapere e soda pratica.

DE-CRISTOFORIS.

trova esser acutamente dolorosa. La pressione dell'osso dal basso all'alto produce molto maggior dolore che non il premerlo all'indietro col dito in vagina o nel retto; è poi specialmente dolente l'articolazione sacro-coccigea.

Il professore Scanzoni (*) che diede la migliore e più completa narrativa che possediamo di questa affezione, dice che 9 su 24 malate, di cui tiene ricordo, si lagnarono la prima volta del dolore durante il puerperio; che 6 di queste malate erano primipare, e 5 di esse erano state liberate col forceps dopo un travaglio lungo e difficile. Due altre pazienti riportavano a lunghe e frequenti cavalcate l'occasione dei loro mali. Dunque in 11 su 24 casi il male sembrava dovuto a cause tendenti a recare offesa al coccige; e quanto siano frequenti tali offese si ha dal fatto che 32 su 180 ossa di coccige raccolti in due anni dall'anatomico Hirtl presentavano segni di lussazione e anchilosi consecutiva.

In molti casi però il dolore nell'osso non è dovuto ad alcuna causa traumatica, ma è simpatico di qualche affezione uterina od ovarica, non però tale da interessare l'osso per compressione o per qualche modo materiale.

In questi casi il togliere la malattia coesistente è evidentemente il primo dovere del pratico, e quanto ciò possa essere importante viene ulteriormente dimostrato da un fatto riferito da Scanzoni che tre donne che avevano sofferto molto nella loro gioventù di questa coccigodinia, ne furono completamente libere appena che la mestruazione cessò tutt'affatto.

Io non vidi o almeno non conobbi quest'affezione nelle sue forme più gravi e meno trattabili. Uno dei peggiori casi che abbia osservato accadde in una giovine signora, nubile, in nesso colle emorroidi e con una stipsi abituale, e scomparve del tutto quando furono mitigate queste condizioni. Il riposo completo, i miti eccoprotici, lo svuotar completamente il retto di tutte le materie fecali, le mignatte al coccige, i semicupi tiepidi, e i fomenti caldi costituiscono i mezzi con cui nella maggior parte dei casi si ottiene molto sollievo. Se questi mezzi non riescono, o se il dolore è manifestamente neuralgico, o se, quantunque mitigato, non viene tolto da una tal cura, Scanzoni ricorre all'iniezione sottocutanea di morfina al punto dolente. Egli trovò che questo è un rimedio molto più efficace di qualunque linimento, unguento o suppositorio, e diversamente dal dottor Simpson dice che i suoi risultati ben di rado gli fallirono.

La condizione, sebbene incomoda e facilmente recidiva nelle sue forme più gravi, sembra essere sufficientemente suscettibile di cura. Dei 24 casi di malate di Scanzoni, 10 guarirono perfettamente, 9 furono assai sollevate; il risultato di 3 che vide una sol volta gli è ignoto, e in 2 il male resistè senza vantaggio ad ogni mezzo curativo. Anche in questi però il patimento non era così grave da giu-

(*) Op. cit. pag. 589-602.

stificare a suo giudizio il taglio sottocutaneo dei muscoli, legamenti e fasce connesse colla parte inferiore del coccigo, come è raccomandato dal dottor Simpson e praticato con piccoo successo. Lo scopo dell'operazione è di rendere il coccigo perfettamente libero e in riposo, e so gli altri mezzi falliscono vi si deve indubbiamente aver ricorso, sebbene non come primo mezzo, nè indipendentemente da previo trattamento.

Qui meglio che in altro luogo ponno aggiungersi poche parole riguardo all'asserita frequenza della *masturbazione* nel sesso femminile, ed all'*esportazione della clitoride* per la sua cura. Non v'ha dubbio che l'abuso della propria persona non si limita al sesso maschile, e che talvolta le donne vi si abbandonano pure; e deve essere accaduto a tutti i pratici di medicina di udire talora confessioni dolorose di donne, che erano incapaci di superare un vizio, il cui predominio depravava il loro morale, o che riferivano la mancanza dell'estro venerico nella vita maritata ad abitudine contratta nella loro giovinezza. Però simili casi non sono frequenti; o sembra dubbio se il vizio della masturbazione produca effetti fisici tanto dannosi nella donna quanto nell'uomo, sebbene sia impossibile il valutare la sua perniciosa influenza sui sentimenti morali e sul senso della stima di sè.

Se si potesse vincere l'abitudine, se alla mente si potesse ridonare la sua purità per mezzo di qualche mutilazione della persona, si direbbe che nessuna penalità sia troppa per ottenere un tanto bene. La sede dell'erotismo però non si limita per nulla alla clitoride; la masturbazione abituale non arreca cangiamento alcuno all'organo, o non è col titillarla che alcune donne degradate al più infimo grado si guadagnano una vita disgustosa alimentando le passioni più dissolute del loro sesso; nè coll'esportar la clitoride l'abitudine verrebbe rotta, o tolti verrebbero i mezzi per soddisfarla (*).

Vi sono alcuni argomenti che per comune consenso sono poco trattati dai pratici rispettabili della medicina, e i sedicenti guaritori dell'abuso di sè e delle sue conseguenze negli uomini, sia che si rendano noti con avvisi agli angoli delle vie o con clamoroso asserzioni proprie o colla quarta pagina dei giornali, occupano una posizione moralmente simile a quella dell'antico lebbroso, col mantello rosso, col campanello, e col grido *« immondo, immondo »* (135). Si

(*) Riguardo alla mancanza di ogni qualunque cangiamento negli organi sessuali in rapporto alla masturbazione abituale, le dichiarazioni di Parent-Duchatelet sono decisive. Tutti i gioeni si ricevono nella prigione delle prostitute alcune di queste figlie d'una lascivia così sfrenata, o di queste donne più lascive ancora, dedite al vizio vergognoso di cui ho parlato; si visitano queste donne come le altre e mai presentansi nella loro organizzazione un menomo segno che le distingua dal resto delle prostitute o dal comune delle donne. *La prostitution dans la Ville de Paris*, 1857, 3.^a edizione. vol. I, pag. 111.

(135) L'autore accenna ai varj modi di *réclame* usati per le vie di Londra.
DE-CRISTOFORIS.

vedono e si sfuggono. Pare che in essi come nei loro prototipi vi sia per lo scherno una particolare attrazione. Io penso non si vorrà sostenere che i processi, i quali dovremmo ripudiare se praticati su un sesso, mutino il loro carattere quando sono praticati sull'altro.

Conobbi una signora di 53 anni, il cui più giovane figlio era oltre i venti anni, la quale aveva sofferto di ragade all'ano, per il che subì la solita operazione di dividere la membrana mucosa dell'ulcera. Il chirurgo che fece questo, senza dire una parola alla signora o a suo marito, le esportò la clitoride. Il moncone della clitoride amputata divenne sede di dolore tale quale talvolta tiene dietro all'amputazione di un membro, e per mesi la paziente fu in uno stato di quasi continua angoscia, che dopo, trascorsi due o tre anni scemò, nè cessò finora tutt'affatto. In risposta alle sue inchieste perchè fosse stata eseguita altra operazione oltre quella che sapeva abbisognarle, dopo qualche risposta evasiva, seppe alla fine ciò che era stato fatto, ed ebbe inoltre l'umiliazione di scoprire che la giustificazione dell'oltraggio consisteva nell'esser stata dal chirurgo creduta dedita ad un vizio, di cui ignorava perfino il nome o la indole.

La nostra deve essere una nobile professione. L'anello e la spada in alcune università del continente simbolizzano ancora i voti cavallereschi che prendo il candidato pel grado di dottore; ed è solo con lo spirito della vera cavalleria che la medicina può praticarsi giustamente in modo sicuro. Scrisi questa storia con tutta l'amarezza come un'ammonizione a miei giovani colleghi, i quali, se non stanno sulle guardie, potranno, « alla stessa guisa che le cose più nobili trovano un uso il più degradante » pervertire i loro talenti o degradare la loro virilità, finchè discendano così in basso da trovar occasioni per fare del male nella pratica dell'arte loro, invece che occasioni per esercitare la più divina delle facoltà, quella di guarire.

Huguier ha descritto assai minutamente nella Memoria dell'Accademia di medicina di Parigi (*) *le malattie dei follicoli sebacei peliferi della vulva*. Parla di uno stato di acne della vulva, nella quale il contenuto di alcuni dei follicoli sebacei si accumula senza alcuna causa evidente. Il numero dei follicoli così attaccati non è in generale considerevole, sebbene come l'acne della faccia, a cui rassomiglia assai sotto tutti i riguardi, l'affezione sia molto cronica, e i differenti follicoli siano soggetti ad ammalarsi successivamente. Lo accumularsi dei loro contenuti inoltre talora occasiona l'infiammazione dei follicoli, e allora si produce quella malattia che Huguier denomina *follicolite vulvare*, e che qualche volta mi capitò di osservare sebbene meno spesso di quello che dessa ed altri mali degli organi esterni si presentino a colui che ha un campo così speciale come viene offerto dall'Ospitale di Lourcine. Questa affezione, che egli dice essere più frequente durante la gravidanza, può avvenire anche ad altro opoche, indotta da irritazione locale di ogni genere e spe-

(*) Vol. XV, p. 527.

cialmente dal manco abituale di pulizia. È caratterizzata dalla comparsa nelle piegature della coscia, sulla superficie esterna e sul margine libero delle labbra, sulle ninfe, e sulla base del prepuzio e della clitoride di piccole papille rosse rotonde, che alla prima di rado cedono il volume di una capocchia di spillo; alcune di esse sono distinte, mentre altre sono raggruppate insieme a chiazze irregolari. A poco a poco questi follicoli, alla prima puramente congesti ed ingrossati per l'accumularsi dei loro contenuti, si fanno più infiammati, e puossi vedere al loro apice una piccola goccia di pus; allora di solito si rompono e appassiscono, sebbene talvolta si raggrinzino senza essersi previamente vuotati dei loro contenuti.

Il male, se è lasciato senza cura, è cronico nel suo decorso, e si esige molto tempo, fino a 20, 30 giorni od anche di più, perchè i follicoli percorrano i tre stadi di eruzione, suppurazione e disseccazione, mentre eruzioni consecutive percorrono lo stesso decorso e prolungano la malattia per settimane o mesi. È però suscettibile di una cura assai semplice, come il riposo, la nottezza, i bagni, l'uso di astringenti miti, quali la lozione di piombo ed una debole soluzione di nitrato d'argento.

Da queste malattie eruttive degli organi esterni passiamo ora allo studio di alcune altre affezioni non così superficiali nel loro carattere, sebbene pure risidenti esclusivamente nell'integumento e nel tessuto cellulare sottostante. Un'esatta classificazione di questa malattia è assai difficile, giacchè mentre alcune sono senza dubbio di natura sifilitica, altre appartengono alla stessa classe del lupus, e sono affatto indipendenti da infezione venerea, ed alcune di queste passano, per gradazioni difficilmente prevedibili, nella stessa classe dell'indubbio cancro epiteliale.

Non pretendo di dire alcun che riguardo alle varietà più usuali di malattia sifilitica degli organi esterni. In verità la mia pratica di esse è ben poca. Ho però trovato talvolta che ciò che sembrava essere forma di *sifilide terziaria*, aveva avuto una così lunga durata od era stato così ribelle alla cura, da muovere questione se non fosse realmente di carattere maligno.

Un caso simile fu quello di una malata di 45 anni che fu messa in mia cura con ulcerazioni delle parti esterne della durata di un anno, che sembravano non aver causato altro notevole incomodo fuorchè la difficoltà talora del trattenersi l'urina. Sulla superficie interna del labbro sinistro, estendendosi alla ninfa, v'era una piaga di forma semicircolare, leggermente irregolare nel suo contorno, i suoi margini poco dolenti, la sua superficie coperta di granulazioni discretamente buone, sane. La concavità dell'ulcera era rivolta all'insù, il suo margine convesso all'imbasso, cominciando circa mezzo centimetro al disotto della clitoride con un bordo ristretto, ed estendendosi giù sino a quasi due centimetri dalla parte inferiore della parete sinistra della vagina. Una cicatrice di piaga simile occupava la superficie interna della ninfa destra ed il lato destro del vesti-

bolo della vagina mentre una piccola parte del suo margine inferiore non era ancor guarita. L'orificio dell'uretra era rosso ed ulcerato, ma non era aperto più del naturale. L'utero era sano, e non v'era ingrossamento delle ghiandole dell'inguine.

In questa malata non v'erano altri sintomi venerici, sebbene dessa confessasse di aver avuto piaghe accompagnate da buboni e da male di gola 14 anni prima. La guarigione e la cicatrizzazione completa delle ulcere ebbe luogo entro tre mesi sotto l'uso continuato dell'ioduro potassico, colla lozione nera all'osterno, e l'applicazione di tempo in tempo del nitrato d'argento. Altri casi dubbj venuti a mia cognizione non presentarono traccia alcuna di sifilide, nè fu possibile ottenere dalla paziente prova alcuna della sua previa esistenza.

Il pericolo in tali casi non sta tanto nel prendere queste forme per scirro, quanto piuttosto nel confonderle con alcune forme di carcinoma epiteliale. La durezza lapidea di un labbro scirroso o di una ninfa ha in sè qualche cosa di assai caratteristico, e la piaga che si forma sulla superficie mucosa a quel primo periodo quando solo è possibile l'errore, è una pura abrasione superficiale di epitelio, non un'ulcera distinta con bordi rialzati. Il carcinoma epiteliale genuino, cominciando sulle parti esterne, è meno atto a propagarsi lungo il canale vaginale, e non mostra la stessa esclusiva preferenza per la superficie mucosa del labbro; mentre, quando è ulcerato, la sua durezza di solito si estende più profondamente, o la sua superficie presenta una apparenza granulare più grossolana. La diagnosi dell'ulcera rodento o lupus è più difficile. In quella però la base dell'ulcera è d'ordinario più dura, ed uno stato indurato dell'integumento si estendo oltre i limiti dell'ulcera, producendo in molti casi un notevole restringimento dell'orificio della vulva; inoltre questa malattia di rado si limita alla superficie interna delle labbra, in generale attacca la loro parte posteriore, la parete vaginale posteriore per breve tratto ed in molti casi anche il vestibolo; assume un'estensione di superficie maggiore di quanto comunemente avviene nella malattia sifilitica; e da ultimo in un gran numero di casi si associa all'ulcera una disposizione assai marcata all'ipertrofia dello labbra e delle ninfe.

Quest'ultima particolarità condusse Huguier (*), che fu il primo a dare una minuta descrizione di questa malattia, a proporre per una delle sue varietà il nome di *lupus ipertrofico*, designando le sue altre forme col nome di *lupus serpiginoso* e *lupus perforante*. Però nel maggior numero dei casi i caratteri sono così promiscui da rendere dubbio se vi sia qualche speciale vantaggio in queste suddivisioni. La malattia può essere descritta brevemente come una forma di ulcerazione accompagnata da poco dolore, che serpeggia tutt'attorno alla vulva, guarendo in un punto mentre progredisce in

(*) Vedi la sua memoria sull'Estiomele della regione vulvo-anales nelle *Mém. de l'Acad. de Médecine*, 1849, vol. XIV, p. 507. I disegni della malattia sono assai caratteristici delle sue forme particolari.

un altro, indolento nel suo progresso verso la guarigione, ma anche dilatantesi lentamente; avente bordi irregolari, d'ordinario piuttosto a picco, il cui tessuto e quello delle parti immediatamente attorno è duro, cartilagineo. È inoltre associata ad una disposizione all'ipertrofia delle parti non distrutte dall'ulcerazione, come per esempio delle labbra e delle ninfe ed alla formazione di escrescenze condilomatose attorno all'orificio della vagina e dell'ano; produzioni che diventano esse pure ulcerose. È ulteriore carattere di tale affezione quello che le ulcerazioni nel guarire tendono a produrre una gran costrizione dell'orificio della vulva mediante la formazione di un tessuto solido resistente come di cicatrice, il quale d'ordinario occupa un'estensione in superficie maggiore di quella che ne occupasse l'ulcerazione che lo precedette.

Il saggio di Huguier contiene un rendiconto di 9 casi di questa malattia, che, uniti ai 5 capitati a me, fanno un totale di 14 casi, i quali tutti avvennero in donne che erano maritate, o si sapeva che avevano usato molto del coito, ad eccezione di una delle malate di Huguier, a cui riguardo non è fatto cenno alcuno in proposito. Due sole delle malate di Huguier, ed una sola delle mie avevano avuto figli; particolarità che sembra appena spiegata dall'ostacolo che a malattia avanzata può trovarsi all'effettuazione del coito.

L'influenza dell'età nel produrre questa malattia si mostra nel seguente prospetto:

Le malate si annunciarono
all'età di anni

La malattia
aveva cominciato

	Anni	Mesi
20	18	6
21	20	6
22	20	6
24	22	0
26	21	0
26	25	0
30	29	0
32	30	4
32	29	6
32	31	4
33	25	0
38	28	0
47	46	0
52	45	0

O in altri termini la malattia cominciò a

Meno	di 20 anni		in 1 caso
Fra	20 e 25		n 4 n
"	25 e 30		n 5 n
"	30 e 35		n 2 n
A	45		n 1 n
"	56		n 1 n
n 14 n			

La durata della malattia, compreso il tempo nel quale le pazienti rimasero sotto osservazione, è mostrata nella tavola seguente:

Numero	Durata	Risultati			
		Guarite	Migliorate	Non migliorate	Morte
1	meno di 1 anno	. . .	1		
3	" 18 mesi	. . .	2	. . .	1
3	" 2 anni	. . .	. . .	2	1 (*)
1	" 3 "	. . .	. . .	1	
1	" 4 "	. . .	1		
4	tra 8 e 9	. . .	. . .	3	1
1	" 10 e 11	. . .	. . .	. . .	1
14		4	6	1	3

È bene evidente che vi deve essere una differenza essenziale tra ogni altra specie di malattia maligna e quest'affezione, che ha un corso così uniformemente lento, che ammette una guarigione dopo il lasso maggiore di tre anni, e un gran miglioramento anche dopo otto anni. Di più, quando ha un corso fatale, non distrugge la vita come fa il cancro, sia coll'attaccare qualche organo lontano, sia coll'interessare a misura che si estende tutti i tessuti in guisa da produrvi un cangiamento morboso comune, ma la morte ha luogo per peritonite consecutiva alla formazione di comunicazioni fistolose tra la vagina e il retto e per lo stringimento dell'intestino, le cui pareti furono implicate nella malattia. Anche il microscopio viene in appoggio delle distinzioni che scaturiscono dall'osservazione delle apparenze generali della malattia (**).

(*) Questa paziente morì sotto l'azione del cloroformio e non per progresso del male.

(**) L'amico mio Paget fece la seguente annotazione intorno ad una necropsia di donna giovane morta dietro l'uso del cloroformio, in cui una piaga di questo genere esisteva da 18 mesi: — « Nella materia raschiata dalla superficie esterna dell'ulcera v'erano molte piccole squame epiteliformi, di varia figura, con nuclei e nucleoli ben distinti, e vari contenuti granulari, cosicchè poteva sospettarsi di cancro epiteliale. Ma tutte queste cellule e i loro nuclei erano piccoli, non v'erano corpuscoli epiteliali lamellari, e (ciò che ha molto valore) quando esaminai la sostanza della loro base togliendola dal dissotto, e dall'immediato strato sotto la sua superficie, trovai nulla fuorchè i tessuti naturali della membrana mucosa con materiali infiltrati, infiamma-

Riguardo alla distinzione tra queste ulcerazioni e quelle che realmente sono di origine sifilitica, merita cenno che in un caso solo di Huguier questa malattia parve innestata su fondo sifilitico; mentre negli altri tredici casi, sebbene una delle pazienti fosse una prostituta, ed alcune delle altre si fossero indubbiamente esposte al pericolo di infezione, nessuna offriva il più piccolo sintomo di affezione venerca.

Il carattere generale e il progresso della malattia saranno forse meglio dilucidati dalla storia del caso di una donna di 30 anni che fu posta in mia cura all'Ospitale S. Bartolomeo nel Giugno 1850. Era allora maritata da 4 anni, aveva avuto un figlio a termine, ed aveva pure abortito per spavento al quinto mese, un anno prima di venire a mia cognizione. Sebbene avesse mestruazione irregolare, essa aveva sempre goduto di buona salute fin dopo il parto, il quale era stato perfettamente naturale. Essa però si alzò troppo presto dopo il parto ed attribuiva a questa indiscrezione una perdita leucorroica, spesso con strisce di sangue, di cui aveva sofferto d'allora in poi. Questa perdita era divontata più profusa dopo l'aborto, ma ad eccezione di legger dolori ai lombi non provò alcun altro incomodo fino a due mesi prima. Da quell'epoca però aveva avuto molto dolore e nel mingere o nel coito, e la perdita era diventata gialla, densa, ributtante e sortiva a fiotti. La paziente si diceva dimagrita, ma non sembrava nè emaciata, nè seriamente indisposta.

Le labbra e lo ninfie erano molto gonfie ma non ulcerate; e allontanandole l'una dall'altra ne usciva una secrezione abbondante, sporca, puriforme. Una ulcerazione rossa, granulare e sanguinante con una superficie dura, leggermente dolente al tatto, e facilmente sanguinante circondava l'uretra, mentre il dito introdotto in vagina scopriva uno stato simile che continuava e si estendeva all'insù per circa 2 1/2 centimetri di larghezza per 3 1/2 di lunghezza. Quella parte della malattia che si estendeva entro la vagina non era affatto in uno stato di ulcerazione, ma un ingrossamento e infiltrazione dei tessuti si estendeva per qualche distanza da ambo i lati, e la vora ulcerazione era di estensione assai limitata. Sulla parete vaginale posteriore, ad una piccola distanza dall'orificio del canale, vi era un piccolo tubercolo duro, del volume dell'apice del dito mignolo, coperto da membrana mucosa non alterata.

Sei mesi dopo le parti esterne erano più tumide, e tanto esso come l'interno delle coscie erano escoriate dalla perdita abbondante. Il tubercolo nella parete vaginale posteriore rimaneva inalterato, ma una striscia di ulcerazione si arrampicava all'insù da ambo i lati. Cin-

torii o riparatori . . . — In complesso il risultato dell'esame microscopico mostrò con certezza che i caratteri di queste ulcere sono simili a quelli delle ulcere comuni, aventi nessun tessuto di nuova formazione, di forma particolare o specifica. Se i materiali presi dalla superficie dell'ulcera fossero stati esaminati durante la vita, probabilmente avrebbero condotto ad una diagnosi di cancro epiteliale. Esse erano però, a mio credere, cellule epiteliali morbose provenienti dalle parti vicine della membrana mucosa o forse dalla porzione della superficie dell'ulcera in processo di guarigione ».

que mesi più tardi, ossia alla metà del maggio 1851, la malata divenne gravida di nuovo; il 19 febbraio 1852 si sgravò di una bambina vivente dopo un travaglio della durata poco più di cinque ore. Il tubercolo alla parete posteriore della vagina erasi alquanto ingrossato durante la gravidanza, e il perinco si sentiva duro e carnoso. Desso si squarciò nel passaggio del capo, ma nondimeno la paziente passò il puerperio senza alcun sintomo grave, e il 18 marzo fu di nuovo accolta all'Ospitale.

Le labbra erano allora molto gonfie, ma non per anasarca, nè per infiammazione. La loro superficie era pallida e molto raggrinzata, alla stessa guisa delle mani tenute a lungo immerse nell'acqua, mentre tutto l'integumento si sentiva ingrossato come quello di una parte affetta da elefantiasi. Le ninfe erano pure ingrossate di molto e protrudevano tra le labbra, ma il loro tessuto non sembrava esser molto alterato sotto altri riguardi, eccetto che nella loro superficie interna ulcerata. Allontanando le ninfe si vedeva un ulcerazione irregolare che circondava l'uretra, e che sembrava l'avesse staecata in parte dai suoi attacchi superiori, e che passava all'insù sotto la sinfisi del pube. La clitoride sembrava essere stata distrutta dall'ulcerazione, che si estendeva quasi alla commissura superiore dello labbra, d'ondo progrediva alla superficie interna delle ninfe, mentre granulazioni verrucose pallide di color di rosa, esattamente come quelle dell'ulcerazione, circondavano i margini dell'uretra e formavano una prominenza attorno ad essa del volume quasi di una nocciola. I margini del perinco lacerato erano cicatrizzati pel tratto di circa un centimetro, ma il resto dei margini disuniti delle labbra e le pareti della vulva e vagina, fin dove si poteva vedere, erano di tessitura più dura del naturale, semi-cartilaginosa, di un color rosso pallido, priva di epitelio, liscia e non granulare in apparenza, ma appunto come uno spaccato di una massa scirroso, e versante fuori una secrezione copiosa siero-purulenta. Un'ulcera granulante si estendeva per circa un centimetro e mezzo, a tre, lungo ambo le pareti della vagina; quella della parete posteriore cessava alla base del tubercolo che si disse colà esistente.

L'esportazione delle ninfe fu seguita da grande miglioramento generale e dalla parziale cicatrizzazione dell'ulcera che circondava l'uretra. La produzione granulosa immediatamente al suo orificio aveva per la fine di maggio perduto quasi affatto il suo rossore preternaturale, ed era ricoperta, come lo erano le escrescenze condilomatose, di una membrana mucosa pallida. La superficie interna di ciascuna labbra, che prima aveva l'aspetto di escrescenza carcinomatosa, era ricoperta di membrana mucosa sana. Il giorno 8 luglio 1852, due anni appunto dopo che la malata venisse da me conosciuta per la prima volta, non esisteva più alcuna vera ulcerazione, sebbene sotto gli altri riguardi le cose continuassero quasi come prima, eccetto che un escrescenza molto rossa, sebbene poco sensibile, grossa come l'estremità del dito piccolo, sorgesse allora dalla parete dell'uretra o

quasi ne riempisse il canale, mentre le papille che ne contornavano il margine si mantenevano come prima.

Da quell'epoca non rividi più la paziente, ma questa storia incompleta mostra le particolarità della malattia, il suo lento progresso o il suo parziale miglioramento. Desidero che desso illustri più favorevolmente il risultato della cura, sebbene invero la paziente lasciasse l'Ospitale meglio di molto che quando vi entrava, e ciò malgrado che sia mai stato possibile di indurla a restare più di tre mesi ogni volta. Fino ad un certo punto la dieta, il riposo, la nettezza, l'uso di somicipi tiepidi e le semplici lozioni non irritanti migliorarono lo stato delle ulcerazioni; e talora mi lusingai che la cicatrizzazione si sarebbe presto effettuata. In poche settimane però i limiti di questo miglioramento eransi di solito ottenuti, e la paziente sortiva dalla mia cura migliorata sì, non però guarita. Nel solo caso in cui ebbe luogo la guarigione completa la paziente fu costantemente tenuta sotto l'uso di mercuriali miti con piccole dosi di ioduro di potassio per quasi due mesi. In questo caso però l'ulcerazione non data da più di sette mesi in precedenza, e il grado di ingrossamento e ipertrofia della ninfia era di poca entità.

In altri casi usai delle preparazioni di mercurio, d'iodio e di arsenico senza poter attribuire ad alcuno di essi un'influenza speciale sulla malattia, e l'esperienza, di Huguier sotto questo riguardo non differisce dalla mia. Una cosa che egli riferisce di molta importanza è la convenienza di esportare le ninfe o alcuna delle parti adiacenti che possano essere facilmente esportate quando l'ulcerazione su di esse sembri non tendente a guarire. Io infatti inclino a patrocinarlo in ogni caso l'esportazione tanto delle ninfe ulcerate, come anche di tutte quelle escrescenze papillari o condilomatose che circondano l'orificio della vulva, quale passo preliminare a qualunque tentativo di cura della malattia. Le superficie che si toccano mantengono un'irritazione vicendevole, mentre che i tessuti indurati impediscono di fare qualunque applicazione efficace all'ulcerazione dei contorni del vestibolo. Le escrescenze inoltre attorno alla vulva sono facili a diventare sede di ulcerazione ed anche aumentare, colla loro presenza, la probabilità che avvenga una recidiva. Non posso dire fin dove l'uso dei caustici più forti, quali il nitrato acido di mercurio, possano riescire vantaggiosi in quei casi in cui le ulcerazioni sono indolenti; ma inclino, sebbene con ben poca esperienza in proposito, a credere che dove ne è possibile l'applicazione, l'influenza del caustico attuale è più benefica a modificare lo stato delle parti che quella di ogni altra specie di escarotico chimico.

La malattia maligna delle parti esterne di solito prende la forma di *cancro epiteliale* come era da prevedersi, sebbene siano a mia cognizione un caso di scirro del labbro ed uno di malattia fungosa della vulva. Il cancro epiteliale in genere comincia sotto forma di un piccolo tubercolo duro sulla superficie esterna, ma vicino al margine del labbro; senza essere sede di vero dolore, desso è però in

molti casi una causa di disturbo per il pizzicore e prurito che produce. Può continuare così per un periodo incerto, per parecchi mesi e forse più, finchè la sua superficie si escoria, ne trasuda una perdita sierosa, e allora, perdendo completamente il suo epitelio, presenta l'apparenza di una piaga circolare a base dura e un po' rialzata. Allora si allarga per erosione, l'ulcera mantenendosi sempre di forma circolare, mentre col suo dilatarsi anche la base indurata si allarga più e più al di là dei limiti dell'ulcera. Offre costantemente un carattere d'indolenza, i bordi ne sono duri e la sua superficie un po' depressa sotto il livello dell'integumento circostante. Le granulazioni così distintive dell'ulcerazione del cancro epiteliale sono di frequente moderate dall'attrito costante delle opposte superficie delle labbra, perchè merita d'esser notato che, sebbene la malattia di solito cominci al margine del labbro, l'ulcerazione in generale si avvanza all'indentro verso la superficie mucosa, e relativamente di rado si allarga all'esterno sul tegumento cutaneo. Dalla superficie interna del labbro interessa poi la ninfa, il prepuzio della clitoride e la stessa clitoride; le quali parti prima di essere invase dall'ulcerazione diventano generalmente rosse, abrase e finalmente granulose alla loro superficie.

Per qualche tempo anche dopo che l'ulcerazione ebbe luogo le ghiandole inguinali si mantengono sane e non si ingrossano, e il tessuto generale del labbro non è intaccato. Allora presto però l'ulcerazione si estende in profondità; e diventa così più irregolare, e le granulazioni della sua superficie diventano più grosse, mentre tutto il labbro si mostra allora rosso e gonfio, si sente indurato e leggermente irregolare, ed è assai dolente al tatto.

Pochi tratti neri rimangono ancora a delineare onde compiere il quadro. La malattia talvolta distrugge il labbro e poi si estende sull'integumento della coscia come un'ulcera profonda, incavata, lacera che però in generale non secerne molto, nè produce sempre molto dolore. Altre volte si ingrossa una ghiandola, cresce rapidamente di mole, la pelle che la ricopre si mortifica, e rimane un'ulcera cancerosa, ampia, mentre, a misura che la malattia progredisce, la malata perde forze e carni, e si consuma, non distrutta dall'emorragia come nel cancro uterino, nè per nulla sempre esausta dal dolore, perchè desso è d'ordinario discretamente curabile cogli opii.

Dovrei forse ricordare che vidi un caso di carcinoma epiteliale principiare non sulla superficie cutanea del labbro, ma sull'esterna superficie della ninfa sinistra in una donna maritata di 31 anni. La malattia aveva la forma di un buco profondo con margini frastagliati, in apparenza abbastanza grande da contenere una nocce; ma i bordi ne erano tanto ravvicinati che era impossibile vederne il fondo, mentre ogni tentativo di allontanarli fra loro, affatto di vedere bene, produceva tanto dolore, che si era obbligati a desistere. I suoi margini e la sua superficie erano composti di piccole granula-

zioni rosse, semi-trasparenti, del volume della testa di uno spillo, e assai caratteristiche di cancro epiteliale. Il principio della malattia veniva riferito ad una caduta contro lo spigolo di una sedia cinque mesi prima, nel qual tempo la paziente si offese assai le parti esterne e soffrse di profusa emorragia in conseguenza. Non volle sottoporsi allora ad un'operazione, ma ritornò all'Ospitale un anno dopo, quando ogni operazione era fuori di quistione, perchè l'ulcera aveva distrutto il labbro e si era estesa alla coscia. La povera donna aveva continuato le proprie occupazioni di tessitrice quasi fino all'epoca del suo ingresso, aveva sofferto molto, erasi mal nutrita, e per ristorarsi erasi messa a mangiare opio. Essa fu trasferita alla casa di lavoro, ma non so quando morì (*).

I nostri dati sono appena sufficienti per determinare soddisfattamente la durata di questa malattia. Io credo però che il tubercolo precedente lo sviluppo della piaga carcinomatosa, può esistere per un lungo periodo, anche per parecchi anni, sebbene non creda che questo sia il caso ordinario: ma credo che, quando il processo ulcerativo ha cominciato, percorre il suo corso ad una fine fatale entro due anni.

Nella cura del carcinoma epiteliale la gran quistione da decidere riguarda la possibilità della sua esportazione. Ad ogni modo abbandonato a sè dopo che l'ulcerazione ha cominciato, il suo progredire è invariabilmente verso un esito fatale; e qualunque delle applicazioni locali, che sulle altre parti possono sperimentarsi nelle ulcerazioni di carattere sospetto, non possono mai essere efficacemente usate nelle malattie degli organi sessuali esterni della donna. Non ho bastante esperienza per dire in qual proporzione di casi la malattia recidivi, o per quanto tempo possa sperarsi un periodo di immunità dopo la sua estirpazione. Di questo però son certo, che si promove il benessere momentaneo, che la vita viene decisamente prolungata, e che una speranza, sebbene poca, ad ogni modo l'unica speranza, viene con ciò fornita alla paziente di una cura stabile. La parte chirurgica dell'operazione è fuori del mio campo; l'unico suggerimento che azzardo dare a suo riguardo si è che l'operatore abbia cura di esportare abbastanza, e che per timore di produrre ferita troppo grande non faccia le incisioni troppo vicino ai tessuti malati.

(*) Ho pur veduto un caso in donna di 34 anni della comparsa simultanea di ulcera maligna dell'interno delle labbra e delle ninfie, e di carcinoma epiteliale della pelle al disopra del pube. La morte avvenne in 20 mesi. V'era infiltrazione di materia cancerosa nel corpo dell'utero, ma la sua cervice era sana, e nessuna deposizione secondaria esisteva in alcun altro organo.

TAVOLE
DELLE
FIGURE DIMOSTRATIVE

AGGIUNTE
DAL TRADUTTORE

E NON ESISTENTI NEL TESTO INGLESE.



Fig. 1. Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

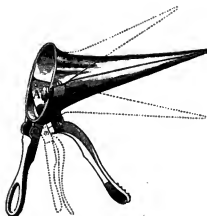


Fig. 5.

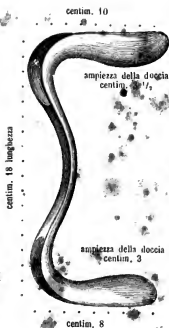


Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.



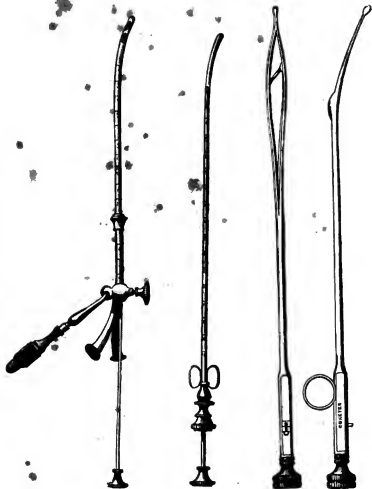


Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 13.

Fig. 14.



Fig. 15.

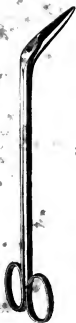


Fig. 16.



Fig. 17.

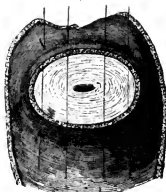


Fig. 19.



Fig. 18.



Fig. 20.

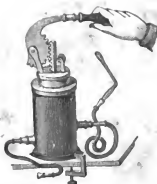


Fig. 21.



Fig. 22.

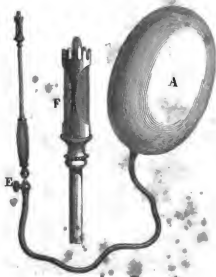


Fig. 23.

Fig. 24.



Fig. 25.



Fig. 26.



Fig. 27.



Fig. 28.



Fig. 29.

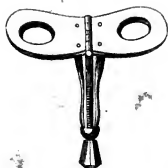


Fig. 23.

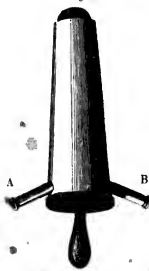


Fig. 32.



Fig. 30





INDICE ALFABETICO DEL TESTO

Addome, idrope cistica dell'	pag. 506
tumori fluttuanti dell'	ivi
Aborto, parte che ha nella produzione delle malattie uterine	168
causa d'inflammazione delle dipendenze uterine	398
Amenorrea, da formazione difettiva	36
causa meccanico	39
in stati contrarii del sistema	46
soppressione dei mestruj	50
emorragie vicarie nell'	45
cura dell'	42-54
Antiflessione d'utero, condizione naturale	203
frequenza relativa di essa e della retroflessione	202
Antiversione dell'utero	200
Ascesa dell'utero, sue cause e significato (valore)	242
Ascite, diagnosi dell', dall'idropo ovarica	496
Cancro della vescica	592
della vagina	611
della vulva	637
dell'utero	327
definizione di esso	328
scirroso	ivi
midollare	329
ulcerazione del	330
tentativi di cura	331
cangiamenti generali nell'utero per	332
cangiamenti generali nel suo esterno	334
affezione della vescica nel	335
del corpo dell'utero	336
polipi cancerosi	337
alveolare	338
epiteliale	ivi
ulcerazione del	339
depositi secondarii nel	340
rapporto del, coi tumori fibrosi	264

Cancro (<i>segue</i>), diagnosi del, dai tumori fibrosi	pag. 281-367
semplice indurimento	365
frequenza del	344
influenza dell'età sul	347
delle funzioni uterine	348
influenza della gravidanza e travaglio	349
disposizione ereditaria	351
sintomi del	352
dolore	353
mancanza casuale del	355
emorragia	356
perdita	358
cachessia cancerosa	359
talora latente	362
cancro acuto	363
complicante il travaglio	364
durata del	368
cura	369
dell'emorragia	370
dolore	372
perdite	375
cachessia	376
travaglio con	378
estirpazione dell'utero	380
escisione della cervice dell'utero	382
e legatura confrontata	385
uso del freddo	387
caustici e cauterii attuali	388
Caustici, modo di applicarli alla bocca dell'utero	153
mali derivanti dal loro uso troppo frequente	140
Cellulite pelvica	390
Cervice d'utero, relativa sua importanza fisiologica e del corpo	
dell'utero	7-9
asserita importanza delle sue malattie	147
talora origine principale dello scolo	156
ipertrofia della	111
nei casi di prolasso	164-167-169
escisione della	113
formazione di cisti nella	157-249
esportazione nei casi di cancro della	382
Cloroformio, vapore di, come anestetico locale	373
Clorosi	39
Clitoride, sua esportazione nei casi di masturbazione	630
Coccege, dolore al, o coccigodinia	626
Cretine, pubertà tardiva nelle	32
Cisti della cervice dell'utero	157-249
diagnosi delle	251
cura della	252
sull'esterno dell'utero	nota 453
degli ovarii, varietà delle	456
loro frequenza relativa	471
dei corpi del Wolff	456-457

INDICE ALFABETICO DEL TESTO.

643

Cisti della cervice dell'utero (<i>segue</i>), della vagina	pag.	457
grasse dell'ovaio		467
Denti nelle cisti ovariche	ivi	
Diabete, una causa di prurito della vulva		4
Diagnosi, errori di, illustrate		3
Digitale, uso della, nella menorragia		70
Dismenorrea		83
neuralgica		84
sua cura		93
congestiva		96
membrana espulsa nella		87
suoi rapporti colla gotta o reumatismo		89
sua cura		96
cura dei casi reumatici		98
meccanica		91
sua cura		100
Ecrascur, per l'esportazione della cervice dell'utero pericoli dell'	113-386	
Eczema della vulva		619
Ematocole, uterino sua natura		418
sintomi e decorso		422
casi illustrativi dell'		425
diagnosi		431
prognosi		433
cura		435
indicazioni per la puntura		437
Emmenagoghi, osservazioni sugli		44
Escrescenze di cavolfiore		338
Esplorazione nelle malattie delle donne, regole per l'		9
Esame nelle malattie delle donne, del ventre		10
vaginale		12
dal retto		14
colla sonda	ivi	
collo specchio		18
Escisione di porzione di cisti ovarica		541
Estirpazione dell'utero quando è procidente		194
arrovesciato	236-239	
colla legatura o col		
coltello, confrontati	237-240	
nei casi di cancro		380
Fistola, intestino vescicale		591
vescico-vaginale		588
Flessioni dell'utero		202
come prodotto		204
frequenza dell'ante e retroflessione		202
risultati anatomici delle		205
congenite		ivi
sintomi delle	207-212	
loro importanza osagerata		208
sintomi delle, loro spiegazione		211
diagnosi delle		215
cura		216
uso dei mezzi meccanici nello		218

Formule, aperienti, ferruginose	pag. 44
astringente	69-70
antiflogistiche e sedative	69
mucilaginose	377
stimolanti	93
linimento anodino	152
pei casi di cistite	585
lozioni sedative	586
Furuncoli interessanti le labbra	618
Gas acido carbonico come anestetico locale	373
Glandola di Cowper, infiammazione della	617
Gonorrrea, sua diagnosi non sempre possibile	607
causa di metrite acuta	105
Gravidanza, parte che ha nel produrre le malattie uterine	144
resa oscura per tumori fibrosi	284
diagnosi della, resa oscura da tumori fibrosi	ivi
idrope ovarica	504
pericolosa per tumori fibrosi	288
canero	362
extrauterina; diagnosi dall'ematocele uterina	431
Idiote, pubertà tardiva nelle	36
Imene imperforato	32
Infiammazione dei follicoli della vulva	630
gangrenosa della vulva	627
dell'utero, difficoltà del suo studio	114
acuta, sue cause e sintomi	115
cura	117
delle dipendenze uterine (vedi utero, appendici dell')	390
Iniezioni intrauterine nella menorragia	73
d'iodio nelle cisti ovariche	543
suoi pericoli ed effetti	546
punti su cui abbisognano schiarimenti	552
Inversione d'utero	227
sue cause	228
sintomi al tempo dell'accidente	229
effetti	230
riduzione spontanea dell'	232
diagnosi dell'inversione recente	233
cronica	238
cura, tentativi di riduzione	234
estirpazione dell'utero	236-239
da polipo	240
Involuzione dell'utero, effetti della sua interruzione	107
Ipertrofia dell'utero da difetto d'involuzione	106
matrimonio sterile	107
della sola cervice	111
parziale	246
Kreuznach acque di, nei casi di tumore fibroso	233
Labbra, infiammazione delle	617
furuncoli	618
Leucorrea, della cervice dell'utero, asserita sua causa	148
cura della	153

Leucorrea (<i>segue</i>), cervicale, cura della	pag.	157
vaginale, carattere microscopico della	»	603
cura della	»	605
Lupus della vulva	»	632
Malacconformazione degli organi sessuali, causa di amenorrea	»	30
Masturbazione, esportazione della clitoride per	»	630
Malattie delle donne, studio delle, importante.	»	2
errori che si commettono nello	»	3
disturbo di funzione nelle	»	5
sensibilità nelle	»	7
Menorragia, duplice sua causa	»	55
cause costituzionali della	»	56
da cause locali	»	60
morte eventuale per	»	71
sua cura	»	66
dei casi richiedenti deplezione.	»	68
uso degli astringenti nella	»	69
digitale nella	»	70
mezzi locali nella	»	71
iniezioni intrauterine nella	»	74
raschiamento della membrana mucosa nella	»	76
Mestruazione, cause varie de' suoi disordini	»	5-27
disordini della, riferibili a tre classi.	»	ivi
prima, data media della	»	29
tardiva, usualmente difficile	»	ivi
precocce	»	nota 56
Metrite acuta	»	115
emorragica	»	69
Mignatte all'utero, come le si applicano	»	97
precauzioni riguardo al loro uso	»	117-149
Nabotiani corpi, loro natura	»	156
ingrossati	»	249
formazione critica, dei	»	250
Obliquità congenita dell'utero	»	205
Ovarii, funzioni speciali degli	»	4
sviluppo deficiente degli	»	30
spostamento degli	»	451
crisi degli	»	nota 453
infiammazione degli	»	439
in casi di metrite acuta	»	119
rara forma acuta	»	444
eventuale comparsa dell'ascesso	»	445
più spesso cronica	»	446
sintomi di ovarite cronica	»	447-450
cura	»	ivi
cisti degli, cisti semplici in nesso coi corpi Wolff	»	456-457
spesso stazionarie	»	474
da vescicole Graaf ingrossate	»	458
da altre cause	»	460
talora stazionarie	»	474
scompajono	»	475
cisti composte	»	461

Ovarii, cisti composte (<i>segue</i>), cistosarcomatose	pag. 464
cisti colloidi	ivi
cancerose	465
cisti grasse	467
frequenza delle diverse cisti	472
diverse specie di cisti	456
cisti degli, svuotamento, per varie vie	477
pericolo di rottura nel peritoneo	480
infiammazione delle	482
idrope degli, disordine di salute per	483
cause predisponenti dell'	484
cause eccitanti dell'	487
primi sintomi dell'	489
sintomi avanzati dell'	493
diagnosi dell'	276-430-494
prognosi	517
cura	520
palliativa	521
radicale	534
ben serrata dopo la puntura	535
puntura sottocutanea della	536
per la vagina	ivi
mantenere l'apertura	538
escisione di porzione di parete	542
iniezioni iodiche	543
esportazione dell'ovajo	554
Ovariectomia	ivi
spesso non praticabile	556-561
due operazioni	555
confronto fra i loro risultati	561
sua mortalità	556, nota 566
cause della mortalità	560
e confronto col taglio Cesareo	561-566
ragioni prime per respingere l'operazione	565
riconsiderazione di queste ragioni	567
indicazioni pro e contro, adottate	570
Pelvica cellulite	330
diagnosi dell'ematocle uterino	407-430
Peli nelle cisti ovariche	465
Peritoneo, rottura della cisti ovarica entro il	480
Peritonite isterica	4
esterna	407
Pessarii, loro diverse specie	180
regole della loro introduzione	185
Polipo dell'utero, polipo mucoso	247
glandulare	248
sintomi del	249
origine dell'emorragia nel	250
diagnosi	251
esportazione	252
fibrinoso	254
sua natura, sintomi e cura	255

INDICE ALFABETICO DEL TESTO.

647

Polipo dell'utero (<i>segue</i>), fibro-cistico, sua natura dubbia . . . pag. <i>nota</i>	256
fibroso, struttura del.	306
sorgente dell'emorragia	250-307
sviluppo del	309
inversione d'utero, per	239
sintomi del	309
diagnosi	310
dall'utero arrovesciato	237
condotta del parto nel	315
esportazione colla legatura o	
escisione	311
maligno	337
Procidenza d'utero	163
suoi sintomi.	173
cura.	181
precauzioni nella sua riduzione	183
operazioni per la sua cura	184
non riuscita di tutte le operazioni	185
pericoli dell'operazione di Huguier	188
estirpazione dell'utero per	189
Prolasso d'utero, suoi gradi vari	160
disposizione anatomica che ne impedisce la	
produzione	161
sue cause	162
modo di prodursi nelle vecchie	163
alterazioni nell'utero stesso per il	164
prolasso completo o procidenza	165
secondario a prolasso di vagina	166
sintomi de'suoi primi stadii	172
del prolasso completo (v. Procidenza)	175
associato a gravidanza	176
sua cura	180
sostegni meccanici, quando da usarsi (vedi	
Pessarii e Sostegni)	182
Prolasso di vagina	165
causa dell'ipertrofia della cervice dell'utero	167-170
parziale della parete anteriore o posteriore	
(vedi Vescica, prolasso della)	169
sintomi del	177
Prurito della vulva	620
che accompagna il diabete	4
Pseudoprecoce	<i>nota</i> 56
tardiva, per cause varie	29-33
Puntura sottocentanea delle cisti ovariche (vedi Paracentesi)	528
Paracentesi nell'idropo ovarica	523
posizione	528
valutazione de'suoi pericoli	524
esaurimento dietro la	530
infiammazione della cisti dietro la	531
segnata da stretto bendaggio	535
sottocentanea	528
dalla vagina	530

Paracentesi nell'idrope (<i>segue</i>) tenendo aperto il foro	pag.	530
iniezione di iodio		543
Retto, prolasso del		170
sua cura		187
Reni, atrofia dei, dietro prolasso di vescica		170
nel cancro dell'utero		353
malattie dei, producenti sintomi di cistite		582
Retroflessione d'utero, sua frequenza relativa, e dell'antiflessione .		202
Retroversione dell'utero		195
suo modo di produzione		196
cause della		197
diagnosi dell'ematocele uterino		430
dei tumori ovarici		497
Rottura spontanea di cisti ovarica		477
Scarificazione dell'utero; suoi usi		98
Scirro dell'utero		328
Sangue, alterazioni del, come causa di amenorrea		35
menorragia		55
Secrezioni dagli organi sessuali, loro varie origini		6
Sensibilità, disordini di, nelle malattie delle donne		7
Snucleazione dei tumori fibrosi		296
Sonda uterina, da chi proposta		14
descritta del dottor Simpson		15
modo di introduzione		16
Specolo dell'utero, invenzione dello		48
varietà dello		ivi
modo di introduzione		23
giudizio sul suo valore		24
Sostegni meccanici nel prolasso d'utero		181
interni		182
esterni		184
Sorreggitore uterino		218
objezioni al suo uso		219
Sterilità, influenza delle flessioni d'utero a produrla		208
dei polipi		246
tumori fibrosi		249
Sifilide terziaria della vulva		635
Tampone nei casi di menorragia		72
operazioni sull'utero		380
Travaglio, parte di, nel produrre malattie uterine		125
causa d'infiammazione delle dipendenze dell'utero		390
complicato da polipo		315
tumore fibroso		302-305
cancro		363
prodotto prematuramente per tumori fibrosi		378
Tricomona caratteristico di leucorrea vaginale		603
Tromba falloppiana, suo stato aperto non naturale	nota	109
perdita di cisti ovarica attraverso ad essa		477
Tubercolosi dell'utero		322
ulcerazioni ereditate tubercolose		341
Tumori fluttanti dell'addome	nota	506
grassosi dell'utero		321

Tumori (<i>segue</i>) fibrocistici dell'utero	pag. nota	261
fibroide ricorrente dell'utero		316
fibrosi dell'utero, caratteri generali		258
struttura microscopica		259
rapporti coll'utero		260
grossezza e numero		ivi
contenenti grosse cisti	nota	261
cura spontanea dei		ivi
rammollimento dei		263
calcificazione dei		264
influenza dell'età sui		265
del matrimonio sui		267
sintomi dei		268
influenza sulla fecondità		269
stato dell'utero nei		271
diagnosi dei		276
dal tumore ovarico		277-497
dell'aborto		279
delle flessioni d'u- tero		280
dal cancro d'utero		281-365
associati a grave dolore dalla gravidanza		282
prognosi dei		285
complicanti la gravidanza		286
cura		288
uso dell'iodio		290
delle acque di Kreuznach		292
esportazione dei		293
del travaglio complicato con		296
della vagina		302
fibroide ricorrente dell'utero		610
Ulcera corrodente e rodente dell'utero		316
Ulcerazione della bocca dell'utero; suoi caratteri		342
asserita importanza		129
importanza messa in dubbio		ivi
spiegazione della riuscita della cura locale		130
cura locale talvolta dannosa		136
objezione all'uso ripetuto dei caustici		137
cura locale quando necessaria		140
Uretra, congestione dell'		155
tumori vascolari		595
ulcerazione cronica		597
Urina, albumina nell', per presenza di leucorrea		599
Utero irritabile		4
mancaenza dell'		89
cognizione del suo tessuto		30
ritenuta origine costituzionale delle sue malattie		122
spiegazione della sua speciale disposizione a malattie		123
infiammazione della sua cavità e corpo		124
canceroso, esportazione dell'		114
dipendenze dell'; infiammazione delle		380
		390

Utero, (<i>segue</i>) dipen. dell'; infiamm. delle sue cause.	pag. 391
misura a cui vi si associa	
la peritonite	396
tendenza alla suppurazione	396-399
apparenze cadaveriche	397
processo di cura della	398
natura e analogie dell'	ivi
suoi sintomi	399
decorso cronico	402-404
diagnosi	403-405
eventualmente indipendente	
da cause puerperali	411
sua cura	413
puntura quando indi-	
cata	416
Vagina, infiammazione acuta della.	602
sua cura	605
infiammazione cronica della	604
sua cura	605
cisti della	607
tumori fibrosi della	610
malattie maligne delle	611
estensione della malattia cancerosa dell'utero alla	332
rottura di cisti ovarica entro la	478
spasmo di, vaginismo	623
Vaginite	602
granulare	607
Vescica, distesa, diagnosi della, da idrope ovarica	505
prolasso di	169
suoi caratteri e modo di produzione	ivi
effetti sull'utero e reni	170
sintomi	178
cura	180
affezioni spesso secondarie a quella dell'utero	582
infiammazione di	579
cronica	581
rapporto alla malattia dei reni	582
cura	584
tumori fungosi della	581
malattie maligne	592
Vescico-vaginale fistola	587
cura previa all'operazione per	588
Vulva, eczema della	618
prurito della	620
infiammazione follicolare della	630
gangrenosa della	ivi
sifilide terziaria della	635
lupus della	632
cancro della	637
Wolff, corpi del, cisti dei	456-457
rimangono spesso stazionarie	474
Zwanck, descrizione del suo pessario	184

INDICE

DELLE

AGGIUNTE E NOTE

FATTE ALL'ISTESSE DAL TRADUTTORE

D.^{RO} DE-CRISTOFORIS

N. ^o progr.	Note ed aggiunte	Pagina del testo	ARGOMENTO
1	aggiunta	2	Ginecologo — doti e istruzione necessaria.
2	"	10	" precetti dell'arte sua.
3	nota	12	Esplorazione addominale: percussione.
4	"	ivi	Esplorazione secondo il metodo inglese.
5	"	ivi	Esplorazione dell'utero prolasso.
6	"	13	Esame dell'uretra.
7	aggiunta	14	Storia della sonda uterina.
8	"	15	Modificazioni alla sonda — Valleix e Huguier.
9	"	17	Precetti nell'uso della sonda.
10	nota	19	Specolo Fergusson.
11	aggiunta	20	Specoli Segalas e Cusco.
12	"	22	Esplorazione e specolo Sims.
13	"	25	Tenaculum e Depressore di Sims.
14	"	30	Utero infantile e mestruazione.
15	"	33	Vedi nota 134.
16	aggiunta	ivi	Atresie del collo uterino nella amenorrea.
17	nota	37	Fenomeni riflessi nell'amenorrea.
18	"	38	idem.
19	"	39	Anemia della gestante — citazione dei lavori del Traduttore.
20	aggiunta	41	Fisiologia patologica della amenorrea.
21	"	47	Mestruazione vicaria.
22	"	51	Mestruazione soppressa per azione del freddo — nelle meretrici.
23	"	52	" " per cause psichiche.
24	nota	57	Trasudazione sanguigna genitale nelle malattie da infezione.

N.º progr.	Note ed aggiunte	Pagina del testo	ARGOMENTO
25	nota	59	Menorragia da ipertrofia cardiaca.
26	aggiunta	60	Influenza dell'eccitamento sessuale sull' ovulazione.
27	»	62	Modificazioni fisiologiche e istologiche prodotte dalla mestruazione.
28	nota	65	Granulazioni fungoidi della mucosa uterina.
29	aggiunta	72	Modo facile di tamponamento vaginale.
30	»	75	Iniezioni intrauterine — colica uterina e sua natura — nuova sonda a doppia corrente per praticarle.
31	»	81	Spugne preparate sostituite al cucchiajo Re- camier nelle fungosità.
32	»	84	Neuralgie lombo-addominali.
33	nota	88	Dismenorrea membranacea.
34	»	89	Dismenorrea è sintomo.
35	»	92	Dolore nella dismenorrea è contrazione spastica uterina.
36	»	93	Acqua di luce o succinato d'ammoniaca.
37	»	94	Mucosa vaginale ottima superficie assorbente.
38	»	96	Ipecacuana — azione sua nella dismenorrea congestiva.
39	»	98	Sanguisughe sul collo dell' utero, efficacissime, indolori.
40	»	99	Pillole bleu e polvere grigia, o preparati di mercurio gommoso.
41	aggiunta	102	Dilatazione degli orifici uterini — incisione loro — Isterotomi Greenhalg e Sims.
42	nota	107	Richiamata la nota 27.
43	»	108	Involuzione uterina imperfetta per processo flogistico pur-purale.
44	»	111	Ipertrrofia nderina da coito.
45	»	112	Ipertrrofia del labbro anteriore uterino da parto laborioso.
46	»	113	Ecraseur — inconvenienti suoi nell'amputazione della cervice uterina.
47	»	116	Metrite da intemperanza nel coito, non frequente.
48	»	118	Sanguisugio al pudendo esterno ed al perineo.
49	»	ivi	Epitemi freddi, in luogo dei cataplasma caldi, nella metrite.
50	»	119	Sanguisugio in vagina nell'infiammazione delle dipendenze uterine.
51	aggiunta	125	Metrite cronica del prof. Scanzoni secondo lo studio anatomico e fisiologico da lui fatto.
52	»	127	Abrasioni cervicali prodotte e sostenute da solo sfregamento contro la mucosa vaginale.

N.º progr.	Note ed aggiunte	Pagina del testo	ARGOMENTO
53	nota	139	Esulcerazione della mucosa e fenomeni generali — rapporto loro.
54	"	142	I vescicanti sulla cervice uterina inefficaci, medicazione locale solvente e doccia fredda vaginale nella metrite cronica dal collo.
55	"	150	Senapismo volante nelle neuralgie lombali.
56	"	ivi	<i>Parreira</i> — diuretico.
57	"	151	<i>Liquore di cincona</i> o sciroppo di china-china.
58	"	153	Irrigatore vaginale.
59	"	155	<i>Lavacro nero</i> — mistura di calomelano e acqua di calce.
60	"	157	Catarro uterino — importanza e cura.
61	"	162	Prolasso uterino primitivo e secondario nella metrite.
62	"	165	Caso di ectrofia d'utero, vescica, retto e tenue della vulva.
63	"	176	Condizione diversa del muso di tinca nella pro-cidenza dell'utero.
64	"	179	Prolasso uterino primitivo e secondario — cura preventiva del secondo.
65	"	183	Mezzi contro il fetore dato dalla spugna in vagina.
66	"	184	Pessario Zwauck.
67	"	185	Pessarii Ashburner e Hull — loro azione.
68	"	187	La mizione nel prolasso uterino.
69	"	200	Lateroversioni uterine.
70	aggiunta	223	Pessarii Americani, Hodge, Meigs, Hewitt, ecc.
71	"	252	Speeolo Sims — altro vantaggio suo sugli altri nella chirurgia uterina.
72	"	254	Spugna preparata pei polipi mucosi uterini.
73	nota	270	Iseuria nei tumori fibrosi uterini.
74	"	273	Sonda uterina nella diagnosi dei tumori fibrosi uterini.
75	"	274	Spugne preparate per la diagnosi dei tumori fibrosi uterini.
76	"	278	Sonda nella diagnosi fra tumori fibrosi uterini e tumori ovarici.
77	"	295	Fonti naturali e semicupi medicati solventi.
78	"	302	Iniezioni joduro-jodurate intrauterine pei fibromi uterini.
79	"	310	Dismenorrea da polipo uterino.
80	"	ivi	Coaguli anullari nelle emorragie da polipo uterino.
81	"	313	Pinzetta Robert per i polipi uterini.
82	"	315	Torsione dei polipi, causa di metrite e flebite uterina.

N.º prop.	Note ed aggiunte	Pagina del testo	ARGOMENTO
83	nota	324	Tubercolosi dell'utero.
84	"	327	<i>Neofornazione e deposizione tubercolare, cancerosa, ecc.</i>
85	"	345	Cancro uterino — cifre statistiche dell'Ospitale Maggiore di Milano.
86	"	353	Nesso fra l'emorragia ed il dolore nel metrocarcinoma.
87	"	360	Anestesia, emiplegie e paraplegie nel metrocarcinoma.
88	"	362	Morte diversa nei cancri uterini — lenta o precipitosa.
89	"	375	Mezzi a calmare i dolori nel cancro uterino.
90	"	376	Disinfettanti nel cancro uterino
91	aggiunta	388	Cauterio a gas per il collo uterino.
92	nota	393	Nesso fisiologico fra le mammelle e l'utero.
93	"	397	Suppurazione del flemmone pelvico, frequentissima.
94	"	404	Decorsi — sottotitolo della suppurazione intrapelvica.
95	"	409	Scambio frequente fra recidiva del flemmone pelvico e coprostasi.
96	"	414	Mignatte in vagina utilissime nel flemmone pelvico.
97	"	417	Ascesso pelvico — guarigione facile.
98	"	419	<i>Metatitmenia</i> od ematocele uterino.
99	aggiunta	ivi	Ematocele uterino — varietà sue — anatomia fisiologica.
100	nota	421	Il riflusso sanguigno dall'utero al cavo peritoneale avviene solo nei casi di atresia uterina.
101	"	432	Ematocele e flemmone retrouterino — diagnosi differenziale.
102	"	437	Confutazione alla cura proposta da Aran per l'ematocele.
103	"	441	Ovarite raramente isolata.
104	"	447	Neuralgia intrapelvica.
105	"	457	Cisti nella regione del paraovario.
106	aggiunta	468	Patogenesi delle varietà del cistovario.
107	nota	482	Infiammazione e suppurazione rare del cistovario.
108	aggiunta	483	<i>Trasudazione passiva</i> nel cistovario dopo la sua puntura.
109	nota	493	Periovarite e colica da coprostasi, scambiate facilmente.
110	aggiunta	497	Puntura esploratoria del cistovario — suoi pericoli e precetti.
111	"	502	Dilatazione dell'albero venoso cefalico addominale nel cistovario.

N° progr.	Note ed aggiunte	Pagina del testo	ARGOMENTO
112	nota	504	Ballottamento del cistovario nel liquido ascitico.
113	"	ivi	Il liquido ascitico e la degenerazione maligna del cistovario.
114	aggiunta	506	Tumori di fegato e milza — come differenziabili dal cistovario.
115	"	508	Idronefrosi scambiate col cistovario.
116	"	ivi	Mezzi fisici per la diagnosi del cistovario, per la diagnosi differenziale fra il cistovario, l'ascite, e per la diagnosi della complicazione dell'una coll'altra condizione.
117	nota	521	Inutilità e danno della cura interna nel cistovario.
118	"	524	Danni della puntura del cistovario per la rinnovazione del liquido albuminoso.
119	"	526	Esiti infelici di puntura del cistovario passati inosservati.
120	aggiunta	528	Puntura del ventre nella linea alba, preferibile alla laterale.
121	nota	529	Puntura del cistovario da riservarsi pei casi urgenti.
122	"	530	Precetto di svuotare solo in parte il liquido cistico.
123	"	532	<i>Spongiopilina</i> o cataplasma impermeabile.
124	aggiunta	ivi	Emorragia intracistica, putrefazione del liquido cistico, pneumatosi cistica spontanea — altri esiti del cistovario.
125	"	558	Cifre statistiche di ovariectomia.
126	"	572	Sulle operazioni praticabili nei diversi cistovarii.
127	nota	582	Sintomi d'uremia.
128	"	585	Il freddo contro la cistite.
129	aggiunta	590	Bibliografia intorno l'argomento delle fistole genito-urinarie.
130	nota	591	<i>Alluminio</i> per la costruzione di alcuni strumenti.
131	"	592	<i>Endoscopio</i> per l'esame interno della vescica.
132	aggiunta	602	Specolo Sims nella vaginite.
133	nota	608	Cisti della vagina.
133 bis	aggiunta	609	Due specie di cisti della vagina.
134	"	625	Vizii organici congeniti e acquisiti della vagina e dell'ostio vaginale.
135	nota	629	Usanze speciali di Londra.

365631

LIBRERIA NAZ.
ROMA
MOTORD LIT.

PUBBLICAZIONI DEL TRADUTTORE

D.^R DE-CRISTOFORIS

- I. **La Resezione Pubica sottoperiostea**, sostituita alle più gravi operazioni ostetriche — Proposta — *Annali Universali di Medicina*, 1858. Vol. 165 e 166.
 - II. **Dell'importanza del Periostio** nella rigenerazione delle ossa, nella patologia e chirurgia loro — studj sperimentali — Memoria onorata del premio Dell'Acqua nel concorso dell'anno 1861. — *Ann. Un. di Medic.* Vol. 180. Maggio e Giugno 1862.
 - III. **Malattie del Circolo e del Respiro** per l'azione meccanica della gravidanza — Osservazioni di clinica ostetrica — *Ann. Un. di Medic.* Vol. 185. Luglio e Agosto 1863.
 - IV. Osservazioni cliniche sull'**Anemia della Gestante e della Nutrice**. Giornale il *Morgagni* di Napoli 1864.
 - V. **Osservazioni di Clinica Ostetrica**. Giornale l'*Imparziale* di Firenze 1865.
 - VI. **La Medicina Ostetrica e la Ginecologia** nell'Ospitale Maggiore di Milano. Rendiconto clinico per gli anni 1862-1863-64-65. — *Ann. Un. di Med.* Vol. 144. Novembre 1865, e Vol. 194. Gennaio 1867.
 - VII. Annotazioni intorno la **Patologia e la Terapia della voce**. *Ann. Un. di Medic.* Vol. 194, anno 1867.
 - VIII. **Ovariotomia** eseguita e narrata dal Cav. dott. De-Cristoforis, e considerazioni teorico-pratico in argomento. — *Gazzetta Medica Italiana* — Lombardia 1868 Giugno.
-

Reg 200.396

- Roscoe H. E.** Professore di chimica a Manchester. — *Elementi di chimica inorganica ed organica*. — Dall'ultima edizione inglese (1871) prima traduzione italiana del dottor *Orazio Silvestri*, professore di chimica alla R. Università di Catania. Un vol. in-16.^o grande di circa 500 pag. con molte figure intercalate nel testo. L. 4 -
- Schorlemmer.** — *Elementi di chimica organica*. — A complemento anche del breve trattato di chimica del prof. *Roscoe*. Prima versione italiana dall'originale tedesco. Un vol. in-16.^o di 590 pag. con incisioni intercalate nel testo. » 5 -
- Peruzzi Domenico.** — *Sull'Ovariotomia, considerata nella sua Storia, indicazioni, contro indicazioni, e prognosi, processo operativo, cure successive e statistiche*. — Un vol. in-8.^o di pag. 272 con dieci tavole litografiche rappresentanti gl'istrumenti speciali per l'ovariotomia » 6 -
- Cantoni G.** — *Elementi di fisica*. Seconda edizione notevolmente ridotta e migliorata. Un vol. in-16.^o di pag. 550 con 330 figure all'incirca delle quali moltissime nuove. » 5 -

In corso di pubblicazione:

- Cantani Arnaldo**, professore di Clinica medica nella Regia Università di Napoli. — *Manuale di Materia Medica e Terapenutica*, basato specialmente sui recenti progressi della fisiologia e della clinica. — Trattato pratico ad uso dei medici esorcanti, dei farmacisti e degli studenti. Due vol. in-8.^o mass. complessivamente di 1600 alle 2000, pag. Ogni fasc. di pag. 48 costa » 1 -
È pubblicato il 31.^o fascicolo.
- Hasse**, prof. all'Università di Göttingen. — *Trattato delle Malattie del sistema nervoso*. Prima trad. italiana sull'ultima ediz. tedesca, del dott. *C. Bonfigli* con note del dott. *D. Coco*. Un vol. in 8.^o massimo di circa 1000 pag. Ogni fascicolo di 48 pag. costa » 1 -
È pubblicato l'11.^o fascicolo.
- Hebra**, prof. di dermatologia nell'Università di Vienna. — *Malattie della pelle*. Volume secondo. Prima traduzione italiana del dottor *A. Sattina*. Consterà di circa 1000 pagine, e si pubblicherà a fascicoli di pag. 48 al prezzo ciascuno di » 1 -
È pubblicato il 6.^o fascicolo.
- Roser W.**, prof. di Chirurgia a Marburg. — *Manuale di Chirurgia Anatomica*. Traduzione italiana sulla sesta edizione tedesca del dottor *L. Weinberg*, con note ed addizioni del dott. *T. L. De Sanctis*, professore di Chirurgia alla R. Università di Napoli. Un vol. in-8.^o massimo di circa 800 pag. Ogni fascicolo di 48 pag. costa » 1 -
È pubblicato l'11.^o fascicolo.

Opere di prossima pubblicazione:

- Druidt Roberto.** — *Il cadavere del chirurgo — Manuale di chirurgia moderna*. Dalla 10.^a edizione inglese (1870) diligentemente riveduta ed illustrata; prima traduzione italiana del dott. *Antonio Rota* con alcune note ed aggiunte. Sarà un volume in-16.^o grande di circa 1000 pagine con 350 figure intercalate nel testo.
- Fox Tilbury**, membro del collegio reale di Londra. — *Malattie della pelle*. Prima traduzione dall'inglese autorizzata dall'illustre autore per cura del dott. *Antonio Longhi* con prefazione e note del dott. *V. Tanfuri*. Professore di Dermatologia e Sifilografia alla R. Università di Napoli. Sarà un vol. in-16.^o grande di circa 800 pag. con figure intercalate nel testo.

LEGATUNA IN LISHI
P. GIOCHUCCI
1910 Viale iv. 26
ROMA (13)

